

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

50

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Décembre à 1 heure

PAR

Victor LÉVÊQUE

Né à Condé-sur-Noireau (Calvados), le 2 septembre 1864

ÉTUDE

SUR LA

PSEUDO-MÉNINGITE GRIPPALE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. GERMAIN SÉE, professeur.

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur,
 { CHANTEMESSE ET MENTRIER, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Décembre à 1 heure

PAR

Victor LÉVÊQUE

Né à Condé-sur-Noireau (Calvados), le 2 septembre 1864

ÉTUDE

SUR LA

PSEUDO-MÉNINGITE GRIPPALE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. GERMAIN SÉE, professeur.

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur,
 { CHANTEMESSE ET MENÉTRIER, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. S. E.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ N.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies nerveuses.	CHARCOT.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTIERER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DUJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Filial homage de reconnaissance

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GERMAIN SÉE

Médecin de l'Hôtel-Dieu Professeur de clinique médicale

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Les dernières épidémies de grippe que nous avons traversées nous ont montré cette infection sous des formes variées et multiples et pouvant revêtir les aspects cliniques les plus divers. La grippe s'est attaquée indifféremment à tous les systèmes de l'économie; mais, il semble qu'elle ait eu parfois certaines préférences. C'est ainsi que le système nerveux a été un des plus éprouvés, et surtout dans le jeune âge. Les jeunes sujets ont en effet le plus particulièrement présenté la grippe nerveuse. Chose facile à concevoir puisque le système nerveux réagit à toute occasion chez l'enfant, et manifeste à l'égard des excitations de toute nature une exquise susceptibilité.

Les phénomènes nerveux, les complications nerveuses ont été multiples, et on a été à même d'observer tous les symptômes connus en clinique. Tous les troubles de la sensibilité ont été signalés : des soubresauts des tendons, des mouvements convulsifs, de la céphalalgie, quelquefois assez intense pour arracher des cris aux malades, des vertiges, des éblouissements, des grincements de dents, de la constipation, des vomissements et même le délire et le coma dans certaines formes plus particulièrement graves. Pendant notre séjour à l'hôpital Trousseau, dans le

service de notre excellent maître, monsieur le D^r Sevestre, nous avons eu l'occasion d'observer un cas, où se sont trouvés, pour ainsi dire, groupés chez le même petit malade, tous les symptômes signalés dans les formes nerveuses de la grippe. Si bien que l'enfant, qui fit l'objet de notre observation, présentait au complet tous les phénomènes symptomatiques d'une méningite.

Cependant l'analyse attentive de certains symptômes, sur lesquels nous insisterons plus tard, permirent de supposer que nous nous trouvions en présence d'une de ces formes de *pseudo-méningite grippale*, signalées déjà en 1890 par M. Sevestre, à la Société Médicale des hôpitaux. L'évènement du reste donna raison à notre maître : l'enfant guérit rapidement, d'une façon *complète et définitive*.

Nous fûmes frappé des analogies si grandes que présentaient les symptômes par nous observés avec ceux de la méningite tuberculeuse ; aussi avons nous recherché s'il n'existait pas dans la science d'autres observations semblables. Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'appeler l'attention sur cet ensemble de faits relativement peu connus. C'est pourquoi nous avons choisi l'étude de la *pseudo-méningite grippale* comme sujet de notre thèse inaugurale.

Toutefois nous tenons à bien limiter notre sujet, et à dire que nous ne nous occuperons que des phénomènes méningitiques observés au cours de la grippe chez l'enfant. Nous éliminerons donc d'une façon absolue les méningites aiguës suppurées, dites microbiennes qui se sont présentées si fréquemment pendant les dernières épidémies de grippe. Si dans certains cas le diagnostic a été des

plus difficiles, le plus souvent cependant l'étude attentive des symptômes, la marche de la maladie ont pu faire conclure à la méningite d'origine grippale, conclusion que venait affirmer la terminaison favorable de l'affection.

Avant d'entrer dans le détail de notre étude, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et à l'Ecole.

Vive et sincère est notre gratitude à leur égard, et nous ne saurions jamais trop les remercier de nous avoir guidé et instruit.

Plus spécialement nous remercions :

M. Peyrot, notre premier maître dans les hôpitaux.

M. Letulle, qui nous a toujours témoigné la plus bienveillante affection.

M. Sevestre, dans le service duquel cette thèse a été conçue, et qui nous prodiguant sans cesse les meilleurs conseils nous a familiarisé avec l'examen des enfants malades.

Puis viennent MM. Tarnier, Tillaux, dont nous avons été très heureux de suivre le magistral enseignement, M. Faisans qui a bien voulu nous communiquer une observation inédite.

Nous n'oublierons pas non plus M. Pignol qui a été pour nous le chef de clinique le plus aimable et le plus soucieux de notre instruction médicale ; M. Touchard, notre interne à l'hôpital Trousseau et qui nous a guidé et toujours conseillé avec la plus grande amabilité.

Enfin M. le professeur Germain Sée, nous donnant une nouvelle preuve de sa bienveillance pour ses élèves, nous fait le grand honneur de présider cette thèse : Que ce

maître éminent veuille bien recevoir ici l'assurance de nos sentiments reconnaissants et dévoués, en même temps que nos remerciements les plus sincères.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Jusqu'à la fin de l'année 1889, nous n'avons trouvé que fort peu de chose dans la littérature médicale ayant trait à l'histoire de la pseudo-méningite grippale. En effet, si les auteurs ont bien signalé au cours des épidémies qu'il leur a été permis d'observer, les accidents nerveux, les formes nerveuses de la grippe, ils n'ont pas cité dans leurs travaux de faits semblables à ceux qui font l'objet de notre étude.

Notons cependant qu'en 1864, dans son article « méningite » du dictionnaire de Dechambre (1), et à propos d'une *épidémie de méningite cérébro-spinale* ayant sévi dans le Grand-Duché de Bade, Laveran avait déjà dit : que ce qui caractérisait surtout la *constitution médicale* était une *épidémie de grippe* avec accidents nerveux pouvant se confondre dans les cas légers avec ceux de la *méningite* et rendre ainsi le diagnostic obscur.

H. Gintrac, faisant l'histoire de la grippe (2), remarque que les symptômes dénotent une excitation, une perturbation

(1) LAVERAN. Art. *Dict. Dechambre*, t. VI 4^e série, p. 658.

(2) GINTRAC. Art. *Dict. Jaccoud* (1877).

dans le système nerveux, pouvant faire penser que la grippe dépend essentiellement de la lésion de ce système. Il cite *Graves* qui admet que l'influenza agit sur le système nerveux et tout particulièrement sur les nerfs du poumon produisant ainsi des phénomènes d'irritation bronchique et de la *dyspnée* ; — *Peyton Blakiston* d'après lequel l'influenza est une maladie du système nerveux avec troubles consécutifs dans les organes de la digestion et de la circulation ; — enfin *Landau*, qui dans sa relation de la grippe de 1837, pense que cette infection attaque primitivement et plus particulièrement le système nerveux, d'où la *céphalalgie* et la *faiblesse musculaire* survenant chez des sujets bien portants.

Mais l'étude de la *méningite grippale* (à proprement parler) est de date beaucoup plus récente, puisque c'est seulement au début de l'année 1890 que la *Société médicale des hôpitaux de Paris* eut l'occasion de discuter les premières observations qui lui furent présentées sur ce sujet (1).

M. le Dr J. Comby (2) ayant observé en l'espace de deux mois, au Dispensaire de la Société philanthropique, 218 enfants atteints de grippe, apporta à la Société médicale des hôpitaux une *Etude de la grippe infantile*, basée sur sa statistique clinique. L'âge des petits malades variait de un à quinze ans. Dans cette étude, M. Comby fait ressortir avec une grande netteté et d'une façon bien caractéristique les symptômes nerveux, qui furent de ceux qui le frappèrent

(1) Séance des 7 février, 14 mars, 28 mars.

(2) J. COMBY. La grippe chez les enfants, observée à Paris en décembre 1889 et janvier 1890. *Société médicale des hôpitaux*, 7 février 1890.

le plus, puisque tous réunis chez une même petite malade purent faire penser à *la méningite*. Mais nous nous réservons de revenir dans les chapitres qui suivront sur cet important travail, et surtout dans notre exposé des symptômes.

Quelques semaines plus tard, M. le Dr E. Gaucher (1), communique à la Société les cas les plus intéressants qu'il a observés, et parmi lesquels, à côté d'autres formes nerveuses de la grippe, il cite celui d'une petite fille de six ans atteinte d'*accidents d'apparence méningitique*, qui durèrent vingt-quatre heures (Obs. VIII). Ce fait de pseudo-méningite, prouve bien pour M. Gaucher, l'existence d'une grippe nerveuse.

A la même séance, M. le Dr Juhel Renoy (2) rapporte un fait semblable à celui de M. Gaucher, mais ayant prêté à une double erreur de diagnostic et de pronostic (obs. IX), si bien que M. Juhel Renoy se demande s'il s'agissait *de grippe*, de *congestion méningée*, ou d'une *méningite cérébro-spinale* ? A propos du diagnostic de la méningite grippale, nous discuterons plus longuement ces faits.

Viennent alors deux observations (3) présentées à la *Société médicale*, par notre maître, M. le Dr Sevestre (observations III et IV) telles, par leurs symptômes simulant jusqu'à un certain point *la méningite*, que le diagnostic ne fut

(1) E. GAUCHER. Sur la grippe. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 14 mars 1890.

(2) JUHEL RENOUY, *eod. loco*.

(3) SEVESTRE. De la pseudo-méningite grippale. *Société méd. des hôpit.* (28 mars 1890).

guère établi d'une façon certaine que par *la guérison* des malades. Tenant compte de ces faits, M. Sevestre pensa que la grippe pouvait revêtir la forme nerveuse, et présenter des accidents *d'apparence méningitique*, et dès ce moment proposa de lui donner le nom de *pseudo-méningite grippale*. Il ne voulut pas insister sur ce sujet, parce que les phénomènes n'étaient pas assez caractéristiques pour permettre d'affirmer le diagnostic de méningite. Mais il lui était donné trois ans plus tard, d'arriver à cette conviction que la grippe peut *affecter spécialement les méninges*, et *sans être mortelle*, après qu'il eut observé dans son service à l'hôpital Trousseau le cas très remarquable, qui à lui seul fait en quelque sorte le fond même de notre sujet.

D'ailleurs d'autres faits du même ordre ne tardent pas à être signalés par les auteurs, car notre première épidémie a été féconde pour la science et a fait connaître bien des formes cliniques jusqu'alors non observées.

Le Dr Paul Le Gendre (1) avait à la fin de décembre 1889 dans son travail sur « *la grippe actuelle chez les enfants* » mis en lumière quelques uns des symptômes dont le groupement, quelques semaines plus tard allait si fort attirer l'attention. — Il avait déjà remarqué de la *céphalée*, de la *photophobie*, des *vomissements bilieux* ou muqueux, le *pouls très rapide* et de *l'hyperthermie* (obs. X et XI).

Puis Leyden (2) signale à la *Société de médecine interne*

(1) Dr PAUL LEGENDRE. La grippe actuelle chez les enfants. *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, décembre 1889.

(2) LEYDEN. *Société de médecine interne de Berlin*, du 6 janvier 1890.

de Berlin les formes nerveuses de la grippe, qui ont permis d'observer des *céphalalgies intenses*, des *névralgies*, et aussi des *manifestations cérébrales méningitiques*, amenant dans un cas compliqué de pneumonie de la *raideur de la nuque*. Il ajoute même qu'on a pu remarquer quelquefois le *délire*, et le *coma mortel*.

A. Layet, professeur de la faculté de Bordeaux, étudiant la grippe dans les écoles communales dit que les symptômes le plus communément observés ont été ceux qui caractérisent la forme nerveuse.

Un peu plus tard, le Dr Alison (1), dans un *mémoire sur les symptômes et les complications de la grippe*, rapporte quelques observations (obs. VI et VII), où on a pu établir l'étroite parenté entre la fièvre catharale épidémique ou grippe, et le travail phlegmasique des *méninges cérébrales*, simple congestion ou méningite. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces observations, lorsque nous tracerons le tableau clinique de la pseudo-méningite grippale.

Le Dr H. Bidon (2), médecin des hôpitaux de Marseille, dans *une étude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-90 sur le système nerveux*, note à côté des phénomènes nerveux non localisés, l'existence de phénomènes localisés pouvant se rencontrer sur le cerveau et le bulbe. Puis il passe en revue les symptômes se rapprochant de ceux de la méningite, et rapporte une observation de pseudo-méningite que nous citerons plus loin, (obs. V), à propos de laquelle il s'arrête à l'idée de simple congestion ménin-

(1) ALISON. *Archives gén. de méd.* avril et mai 1890.

(2) H. BIDON. *Revue de médecine*, août, 1890.

gée : observation qui rentre bien dans notre cadre, tant au point de vue symptomatique, où l'on retrouve les signes de la pseudo-méningite, qu'au point de vue pathogénique, puisque le D^r Bidon admet une simple congestion méningée.

M. le professeur H. de Brun (1), de la faculté de médecine de Beyrouth, publie, peu de temps après, un travail très intéressant, intitulé « *Les manifestations nerveuses de la grippe* » dans lequel il analyse les formes et les complications nerveuses de cette maladie.

Ce qu'il importe surtout, à son avis, c'est d'établir une distinction très nette entre les méningites vraies, aiguës, toujours mortelles qui compliquent assez fréquemment la grippe et sont dues tantôt au pneumocoque de Talamon, tantôt au streptocoque, et la *forme méningitique*, qui guérit rapidement, et qu'on a observée *presque exclusivement chez les enfants*. En faisant la pathogénie de cette dernière affection nous nous autoriserons du professeur de Brun pour bien la différencier des autres méningites.

D'autre part M. le D^r Henri Huchard, qui dès le début de l'épidémie de 1889-90 (2) avait signalé dans ses cliniques la fréquence de la forme nerveuse de la grippe « affection, disait-il, qui frappe d'abord et surtout le système nerveux dans tout son ensemble », est revenu encore une fois sur cette idée lorsqu'il a traité l'année dernière de *l'infection grippale*. De nouveau il a établi que l'un des caractères principaux de la grippe est son action si fréquente, si di-

(1) H. DE BRUN. *Médecine moderne*, 30 octobre 1890.

(2) HUCHARD (La grippe, ses formes cliniques et ses rapports avec d'autres maladies). *Revue gén. de clin. et de thérap.* 2 janvier 1890.

recte sur le système nerveux, faisant ressortir en même temps les symptômes généraux, les accidents méningitiques qui peuvent faire penser à la méningite.

Citons encore le Dr Fiessinger d'Oyonnax, qui, écrivant en 1890 sur *la Méningite spinale dans la grippe* (1), y reconnaissait diverses associations microbiennes, et ne s'étonnait pas « que des microbes rencontrés dans la grippe puissent à l'occasion provoquer l'inflammation des méninges spinales, » puisque pensait-il fort justement, toute maladie infectieuse, voire la grippe, a la faculté de s'attaquer consécutivement et dans certains cas aux méninges. M. Fiessinger a d'ailleurs beaucoup écrit sur la grippe, l'ayant étudiée à Oyonnax un peu sous tous ses aspects ; ce qui lui a permis au cours de cette année même, dans un article sur la *Grippe endémique* (2), de faire remarquer lui aussi l'atteinte profonde du système nerveux par le poison grippal, et l'intensité des phénomènes congestifs sur tous les organes où il se localise. Il signale de la *céphalée*, des *douleurs dorsales et lombaires avec raideur de la nuque*, du *tronc*, quelquefois (deux fois) des *convulsions*, des *paralysies vasomotrices* fréquentes et semblables aux formes décrites dans la méningite tuberculeuse ; le pouls rapide, mais surtout instable, la température au tracé irrégulier et trompeur ; enfin lorsque les symptômes nerveux sont très accusés, le malade pousse des cris inarticulés, à

(1) Dr FIESSINGER (d'Oyonnax). Sur la méningite spinale dans la grippe. *Gazette Méd. de Paris*, 18 octobre 1890.

(2) Dr FIESSINGER (d'Oyonnax). La Grippe endémique, *Semaine médicale*, 11 février 1893.

moins qu'il ne demeure prostré, la connaissance perdue, etc.

Enfin, au mois de juillet dernier, pendant que nous préparions notre travail (1), deux thèses ont été présentées et soutenues devant la faculté de médecine de Paris, toutes les deux ayant trait au sujet qui nous occupe, mais à un point de vue quelque peu différent et surtout beaucoup plus général. En effet M. le Dr Virey a fait porter son étude *sur quelques formes nerveuses de la grippe* (2), (formes : syncopale, pseudo-méningitique, comateuse), et dans son chapitre sur la forme pseudo-méningitique a fort bien reconnu tous les symptômes que nous décrivons, mais il n'a pu spécialiser comme nous la question du diagnostic et du pronostic, d'autant plus, pourrions nous ajouter que les symptômes eux-mêmes sont souvent assez dissensibles chez l'enfant et chez l'adulte.

De même la thèse du Dr Trastour : *de la forme cérébrale de la grippe* (3), ne peut que donner, et à un point de vue très général aussi, dans son chapitre *grippe et méningite*, un aperçu fort résumé des accidents méningitiques qu'on a pu observer au cours de la grippe et surtout chez l'enfant. Cependant nous nous félicitons de cette rencontre fortuite dans une même étude, sur le même terrain nosologique, et

(1) Notre thèse avait déjà été annoncée par notre maître le Dr Sevestre, lorsqu'il publia le 1^{er} juillet 1893, dans la *Revue des maladies de l'enfance* « Un cas de méningite grippale », celui qui fait l'objet de notre principale observation.

(2) VIREY. *Etude sur quelques formes nerveuses de la grippe*. Thèse, Paris, juillet 1893.

(3) TRASTOUR. *De la forme cérébrale de la grippe*. Thèse, Paris, juillet 1893.

nous serons heureux d'emprunter aux D^{rs} Virey et Trastour, pour les joindre aux nôtres, les observations qu'ils ont pu recueillir sur la pseudo-méningite grippale.

Nous ne voulons pas insister davantage sur l'histoire de cette affection. Historique que nous avons essayé de faire aussi complet que possible, espérant que le groupement des idées émises sur le sujet qui nous occupe, que la réunion du plus grand nombre de faits, viendraient aider à la défense de notre thèse.

CHAPITRE II

Etiologie. — Pathogénie

Nous n'avons pas l'intention de faire une longue étude étiologique et pathogénique, mais nous croyons utile cependant de résumer dans un court chapitre à qui a été dit et les recherches faites sur l'étiologie et la pathogénie de la grippe. Nous apprendrons de la sorte quelle atteinte profonde la grippe imprime à tout l'organisme, et combien son caractère infectieux se révèle lorsqu'elle porte son action principale sur le système nerveux.

Tous les âges, tous les sexes, durant les dernières épidémies, ont payé leur tribut à la grippe, sans qu'on ait pu incriminer jamais dans ses manifestations le tempérament ou l'hérédité de l'individu. Toutefois, quand il s'est agi du système nerveux, et plus particulièrement du système nerveux central et de ses enveloppes, et surtout lorsque la grippe a pris les allures méningitiques que nous étudions plus spécialement, c'est à l'enfant qu'elle s'est attaquée de préférence. Les observations que nous rapportons oscilleront entre la troisième et la dixième année, à part cependant les observations que nous empruntons au Dr Alison, et dans lesquelles il s'agit d'enfants de douze à quatorze ans. Ces dernières nous serviront à démontrer,

ce fait bien caractéristique de toute maladie infectieuse, c'est que la grippe s'est attaquée toujours à tout individu surmené, et présentant un *locus minoris resistentiæ*. Chez les deux enfants, dont parle le Dr Alison, on trouvait en effet un cerveau fatigué par un travail intellectuel quelque peu excessif. Nous pourrions rapprocher de ces faits, ceux rapportés par les Drs Virey (1) et Trastour dans leurs thèses, et qui ont trait à des individus, soit surmenés par un dur et trop long labeur, soit affaiblis par les excès, et qui présentèrent des phénomènes nerveux méningitiques. Nous n'insisterons pas davantage sur leurs observations, puisqu'il s'agit là d'adultes, et que nous avons limité notre sujet à l'étude de la pseudo-méningite chez l'enfant.

Quelle est la cause immédiate de l'infection grippale ?

Nous laisserons de côté la question des influences atmosphériques ou cosmiques, climatériques, et avec les auteurs qui en ont traité avec beaucoup de compétence, malheureusement sans résultat bien convainquant encore, nous incriminerons les parasites animaux ou végétaux, les microbes dont on ne saurait mettre en doute l'influence dans la grippe. Il nous est indispensable d'ailleurs pour notre étude d'établir la différence remarquable qui existe entre la forme méningitique que nous décrivons et les méningites aiguës, microbiennes (3) (*Thèse du Dr Adenot*) très bien observées, mais chez lesquelles on a pu toujours in-

(1) VIREY. *loco citato*.

(2) TRASTOUR. *loco citato*.

(3) E. ADENOT. Méningites microbiennes. *Gaz. des hôpitaux*, 28 juin 1890.

criminer tel ou tel micro-organisme. Ainsi la *méningite due au pneumocoque, avec ou sans pneumonie* (1) décrite par M. le professeur agrégé Netter ; ou encore les méningites qui ont fait suite à la grippe avec différentes associations microbiennes.

On a trouvé plusieurs microbes pathogènes chez les malades atteints de la grippe : Un *streptocoque*, que M. Ribbert et après lui MM. Vaillard et Vincent ont essayé d'identifier au *streptococcus pyogenes* ou *erysipelatus*, et si fréquemment observé qu'on l'a cru un instant spécial à la grippe ; puis le *staphylococcus pyogenes aureus*, le *pneumocoque lancéolé* de Talamon-Fraenkel, et le *pneumobacille* de Friedlander, mais aucun résultat positif dans les examens bactériologiques n'a permis d'édifier une conclusion quelconque. Et cependant nombre d'auteurs ont tenté la découverte du microbe grippal. M. le professeur Bouchard, MM. les professeurs Cornil et Chantemesse, MM. Teissier, Roux et Pittion, enfin MM. Pfeiffer, Kitasato et Canon, qui ont décrit des variétés particulières de bacilles dans les sécrétions bronchiques, les exsudats pleuraux, etc. En résumé toutes ces recherches n'ont réussi qu'à démontrer, d'une façon saisissante, les combinaisons multiples que peuvent déterminer les associations microbiennes.

Quoiqu'il en soit, avant de rentrer dans le domaine clinique, nous croyons devoir affirmer ici notre opinion que toute méningite est causée par un micro-organisme pathogène. Et pour défendre cette opinion, nous ne pouvons

(1) NETTER. La Méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie (*Archives générales de médecine* 1887.)

mieux faire que citer tout au long une page du docteur Adenot ; nous ne pourrions que mal la résumer et le faisant nous risquerions trop de dénaturer ce qu'il a si clairement exprimé (1) :

« Les microbes, dit-il, s'attaquent à tous les tissus, mais certains de ces derniers leur offrent un terrain tout particulièrement prédisposé, et peuvent exercer une véritable attraction sur leur développement ; telle est par exemple, l'action des méninges des jeunes enfants sur le bacille des tuberculeux. D'autres microbes peuvent se développer facilement dans les méninges, à la suite d'un traumatisme qui leur ouvrira une porte d'entrée, ou par d'autres voies quelquefois difficiles à mettre en évidence. Quelle que soit cette porte d'entrée qu'il aura suivie, le microbe en question pourra provoquer une inflammation méningée, accompagnée ou non de la formation de pus.

« En fait, nous croyons que toute méningite est causée par un micro-organisme pathogène, et nous distrairons formellement des méningites *vraies*, microbiennes, les irritations plus ou moins chroniques des centres nerveux aboutissant à une hyperplasie conjonctive, à une sclérose interstitielle diffuse, comme celle qui accompagne la paralysie générale.

« Cette conception de la genèse des méningites, basée sur les recherches modernes de la bactériologie, est nécessairement récente, et les méningites secondaires aux maladies infectieuses ont bénéficié, quand à leur pathogénie,

(1) ADENOT. Méningites microbiennes. *Gazette des hôpitaux*, 28 juin 1890.

des recherches concernant l'infection générale dont elles émanaient.

« Toutes les causes invoquées jadis pour expliquer les méningites ont été, par suite, reléguées au second plan et ne sont plus considérées que comme des causes accessoires : telle est la congestion des méninges par paralysie réflexe des nerfs vaso-moteurs, à laquelle on faisait jouer un rôle prépondérant dans la méningite consécutive à la pneumonie ; telle est encore l'imperméabilité d'une portion plus ou moins considérable du tissu pulmonaire produisant une stase mécanique du système veineux qui retentirait sur la circulation encéphalique.

« La théorie de la *métastase* a joué, de son côté, un rôle considérable ; elle était invoquée surtout dans l'explication de la méningite d'origine rhumatismale.

« On connaissait aussi parfaitement les méningites développées dans le cours d'une endocardite et consécutives à une embolie, mais son rôle vecteur de micro-organismes pathogènes échappait complètement à cette époque. Aujourd'hui, l'idée que l'on doit se faire des méningites, quand à leur cause première, est toute différente ; aussi on ne discute plus sur leur nature, mais seulement sur le genre du microbe qui peut être incriminé. Ces microbes sont divers, et il est probable que des recherches ultérieures en augmenteront encore le nombre ; et dès lors les causes accessoires que nous avons signalées, la congestion réflexe des méninges, la stase sanguine, n'interviennent que pour favoriser le développement de ces microbes, soit par le ralentissement du courant sanguin, soit par le ralentissement des échanges nutritifs ».

Aussi nous croyons pouvoir dire maintenant que la pseudo-méningite grippale se distinguera des méningites aiguës, microbiennes, qui ont pu être observées à la suite ou au cours de la grippe, parce que dans ces dernières l'infection a été la conséquence de la pénétration et de l'évolution dans l'organisme d'un microbe (pneumocoque, streptocoque) un de nos hôtes habituels, mais auquel les modifications imprimées à notre économie par la grippe ont permis de franchir les barrières que nous lui opposons à l'état de santé. Au contraire un micro-organisme, non encore isolé, ou les produits toxiques qu'il élabore, seraient la cause immédiate de la grippe, de ses formes nerveuses et de ses accidents méningitiques.

Jusqu'à plus ample informé nous acceptons donc l'existence d'un poison grippal. Cette différence dans la pathogénie nous permettra sinon d'expliquer la maladie, mais du moins d'admettre un pronostic favorable pour la pseudo-méningite grippale (formes méningitiques de la grippe); tandis que nous sommes convaincus de la gravité exceptionnelle, avec terminaison presque toujours fatale des méningites aiguës, à inflammation microbienne définie des méninges.

CHAPITRE III

Symptomatologie

TABLEAU CLINIQUE DE LA MALADIE

Au point de vue clinique, la pseudo-méningite grippale est une maladie fort capricieuse d'allures, si bien que nous ne pouvons penser à faire rentrer tous les cas observés dans une description commune. Les symptômes ont toujours été les mêmes, il est vrai, mais ils n'ont pas toujours été tous réunis ; puis ils ont varié d'intensité, sans perdre leur physionomie assez caractéristique cependant pour faire comprendre et diagnostiquer leur origine grippale. C'est pourquoi dans le tableau clinique de la maladie que nous nous proposons de tracer, nous ferons d'abord et surtout une étude d'ensemble de ces symptômes, ce qui nous permettra ensuite de les distinguer et de les faire ressortir plus facilement dans certaines formes pseudo-méningitiques atténuées.

La grippe nerveuse, à localisation méningée, a presque toujours débuté d'une façon brusque, sans prodromes bien significatifs et le plus souvent rares : phénomènes d'embarras gastrique, sensation de courbature et lassitude,

inappétence, maux de tête, toux, parfois quelques crampes musculaires, des douleurs dans les articulations, les lombes etc. Cependant, chez l'enfant que nous avons pu observer à l'hôpital Trousseau les symptômes s'annonçaient huit à quinze jours à l'avance par des douleurs de tête, du ventre, des vomissements bilieux ou alimentaires, de la constipation, un peu de toux etc.

Le premier de tous les symptômes de l'infection, et nous le retrouvons dans toutes les observations est la *Céphalalgie*. Lorsque nous approchions de notre petit malade pour l'examiner, nous le trouvions la tête enfouie sous ses draps, couché en *chien de fusil*, ne voulant ou ne sachant plus que répondre d'une façon plaintive : « J'ai mal à la tête » (Obs. I), et il portait en même temps les mains à sa tête. C'est qu'en effet la céphalée a été dans la grippe nerveuse un des phénomènes les plus intenses, céphalée lancinante, gravative causant des douleurs très vives et occupant la région frontale, le sommet de la tête, la nuque. Ces douleurs se propageaient à la région cervicale et dorsale de la colonne vertébrale, amenant ainsi une *extrême raideur de la nuque*, du tronc, et dans notre cas tellement marquée, qu'en passant la main derrière la tête, on pouvait la soulever avec le thorax, en bloc.

Aux douleurs de tête se sont ajoutées, très souvent aussi des douleurs orbitaires intolérables causant nécessairement la *photophobie*. Tout cet ensemble ne suffit-il pas à expliquer les cris plaintifs, les grognements pourrions-nous dire, des petits malades, et faire penser *aux cris hydrencéphaliques* de la méningite tuberculeuse classique. Enfin, quoique la réaction ait été généralement prompte,

la céphalalgie, tout en s'atténuant a été un des phénomènes les plus persistants.

Les troubles digestifs ont toujours été constants. Si les *vomissements* ont manqué, ils étaient remplacés par des *nausées*. Mais le plus souvent c'étaient les *vomissements*, bilieux, glaireux ou alimentaires qu'on était à même d'observer : les enfants d'ailleurs, refusant toute nourriture et ayant la plupart du temps une soif ardente, qui leur faisait réclamer à boire, rejetaient tout ce qu'on leur donnait. La caractéristique de ces vomissements était d'être spontanés, sans efforts : dans notre cas l'enfant se tournait pour vomir sans le moindre effort.

Avec les vomissements apparaît un état saburral, qui dure autant et même plus que la maladie elle-même, ce qui explique l'anorexie et la soif excessive des malades. La langue se présente sous un aspect particulier, a des caractères spéciaux que M. le D^r Faisans a décrit sous le nom de *langue grippale*, et qu'avec lui nous acceptons comme très souvent caractéristique de la grippe : si caractéristique parfois, qu'elle seule peut faire penser à la grippe, et permettre de porter le diagnostic. C'est pourquoi nous transcrivons textuellement la description de la langue grippale, telle que l'a donnée le D^r Faisans à la Société Médicale des hôpitaux. (Séance du 26 mai 1893)

« La langue grippale n'est pas altérée dans sa forme ; elle n'est pas large et épaisse comme dans l'embarras gastrique, ni petite, contractée et pointue comme dans la fièvre typhoïde. Peut-être dans certains cas est-elle très légèrement étalée ; le plus souvent elle conserve sa forme et ses dimensions normales.

« Elle est toujours humide ou, tout au plus, présente l'état d'une langue qu'on vient d'essuyer avec une compresse. Quand elle offre une tendance à se sécher, c'est qu'une complication phlegmasique est imminente, ou déjà réalisée.

« Elle est lisse et unie, sans aspérités et sans sillons, et les saillies des papilles n'y sont point apparentes.

« Mais ce qui fait la caractéristique de cette langue, c'est sa coloration : c'est une teinte d'un blanc bleuté, assez analogue à celle de la porcelaine ; cette teinte rappelle celle de certaines plaques de leucoplasie buccale ou, mieux encore, celle des plaques muqueuses bucco-pharyngées ; en un mot, la langue est *opaline*. Cette coloration opaline est tantôt uniforme et tantôt tachetée ; dans le premier cas, l'organe est comme recouvert sur toute sa surface d'un très mince émail blanc bleuté transparent, qui a partout la même apparence ; dans le second cas, la partie médiane de la langue et sa base sont uniformément opalines, mais ses parties latérales et son extrémité sont comme tigrées de très petites taches arrondies, lesquelles présentent la même coloration opaline, mais plus claire, ou bien une couleur rouge vif. Ces deux variétés de la langue grippale me paraissent aussi fréquentes l'une que l'autre et elles sont également pathognomoniques.

« La langue opaline apparaît dans les deux ou trois premiers jours de la grippe, et elle existe fréquemment dès les premiers malaises ressentis par les malades. Elle dure, en tout cas, autant que la maladie elle-même et elle est souvent le seul signe qui permette de dire que celle-ci n'est pas terminée. Il n'est pas rare de l'observer encore

plusieurs jours et même plusieurs semaines après que les malades sont débarrassés de toute souffrance et se croient complètement guéris. Or, tant que la langue n'est pas redevenue normale, l'évolution morbide n'est point achevée et les malades restent sujets à des *recrudescences* que l'on appelle à tort des *rechutes*; ils sont aussi exposés aux mêmes complications que dans la période d'état proprement dite.

« Enfin la langue grippale se montre absolument rebelle aux purgatifs de toute espèce, aux vomitifs et aux éméto-cathartiques. Quand il y a coïncidence de langue grippale et de langue gastrique, la médication évacuante fait disparaître souvent l'enduit saburral, mais ne modifie pas la teinte opaline qui ne fait que s'étendre aux parties précédemment recouvertes par cet enduit. »

Mais ce signe est-il constant? Presque toujours, répond M. Faisans, en tous cas il est très fréquent et quand il « existe, il constitue un caractère diagnostique d'une très « grande valeur; pour ne citer qu'un exemple, je me souviens d'un enfant de six ou sept ans qui, dans l'épidémie de grippe d'il y a deux ans, présenta des symptômes cérébraux tels que deux médecins n'avaient pas « hésité à diagnostiquer une méningite aiguë et avaient « porté le pronostic le plus grave. Rien que sur l'aspect « de la langue je portai le diagnostic ferme de pseudo-méningite grippale et l'événement me donna raison, car « deux ou trois jours après, le petit malade était complètement guéri. » (Voir obs. II, par le D^r Faisans).

Autre phénomène constant aussi, et que nous avons rencontré, opiniâtre, dans la plupart de nos observations, la

Constipation, souvent difficile à vaincre, rebelle aux purgatifs et reparaissant à la moindre recrudescence de la maladie. Quelquefois une constipation de 4, 5, 6 jours et plus a été notée.

Le ventre se présente retractoré, un peu creusé en bateau (plutôt plat), moins cependant que dans la méningite tuberculeuse ; parfois aussi il est légèrement ballonné, comme nous avons pu l'observer deux ou trois jours après l'entrée de notre petit malade à l'hôpital.

La raie méningitique, provoquée par le passage léger de l'ongle sur la peau, a souvent décelé les troubles vasomoteurs sous cutanés, et dans notre cas elle a été très appréciable, constituant ainsi la tâche méningitique de Trousseau.

Comme troubles circulatoires, on a été à même de noter la fréquence et aussi le ralentissement *du pouls* ; mais ce qui était toujours le plus frappant, et le plus généralement observé, c'était son irrégularité et sa faiblesse. Lorsque le pouls a présenté une accélération considérable, il a pu atteindre suivant quelques observateurs 150 à 160 pulsations à la minute (MM. Comby, Le Gendre, Bidon, Fiessinger). Enfin lorsque les pulsations étaient moins nombreuses, que le ralentissement était notable, MM. Gaucher, Juhel-Renoy, Sevestre), on a pu en même temps constater une certaine instabilité du pouls, et comme dans notre observation compter une intermittence toutes les 8 ou 10 pulsations. En résumé ce symptôme a été d'une assez grande variabilité, et surtout n'a pas persisté longtemps.

Les symptômes thoraciques ont été généralement peu accusés ; cependant on a signalé de la toux, quelque peu

de dyspnée, et quelquefois aussi de la congestion pulmonaire, comme dans les cas du Dr Bidon, sur lesquels nous reviendrons à la fin de ce chapitre. Chez notre malade quoique l'auscultation fut rendue difficile par suite de l'état de l'enfant et de l'irrégularité de la respiration, type Cheyne-Stokes nous n'avons rien trouvé de particulier et la percussion était normale. Nous savons d'ailleurs que l'obscurité respiratoire a été fréquente dans la grippe et que fort souvent il était impossible de caractériser les signes d'auscultation.

A tous ces éléments de diagnostic nous ajouterons cet autre, si important quelquefois qu'à lui seul il domine toute la scène et permet d'établir le diagnostic, nous voulons dire *la température*. Ici nous nous rallierons à l'opinion de M. le professeur Teissier de Lyon et de ses élèves (1), en admettant l'existence d'une *courbe thermique grippale*, à évolution cyclique nettement déterminée, malgré ses irrégularités apparentes. Des autres travaux sur la fièvre grippale, ceux de Laveran (2) et Widal (3), qui pensent que la courbe ayant atteint en général son maximum d'élévation dès le début « fait presque immédiatement sa défervescence par oscillation descendante » ceux de Wunderlich, (4) etc. nous ne retiendrons comme l'a fait le Dr Delezenne (5), que la réascension thermique signalée

(1) TESSIER. *Lyon médical*, 1892 et MENU, Thèse 1892.

(2) LAVERAN. La fièvre dans la grippe, *Médecine moderne*, 13 février 1890.

(3) WIDAL. *Traité de médecine*, grippe, t. I.

(4) WUNDERLICH. *De la température dans les maladies*.

(5) DELEZENNE. *Grippe à forme typhoïde*.

par Wunderlich. Ce qui est caractéristique dans le tracé, c'est « la production d'une rechute fébrile qui se manifeste « dans un laps de temps plus ou moins éloigné de la dernière « ferveur thermique. Comme caractère secondaire, « on peut signaler une encoche souvent profonde en forme « de V se produisant pendant l'acmé fébrile et qu'on « peut envisager comme un véritable collapsus thermique » (1).

Cette recrudescence, cette rechute fébrile nous avons pu le constater, et le tracé de notre petit malade, que nous donnons plus loin, nous en montrera deux ou trois exemples typiques. D'ailleurs dès le début, ce qui nous avait frappé, à côté de l'élévation de la température 39° , $39^{\circ},5$, c'était l'écart persistant des températures du matin et du soir (le matin 37° et parfois quelques dixièmes au-dessous). Ces variations très grandes entre la température du soir et celle du matin étaient cependant assez régulières d'un jour à l'autre, et nous pouvions encore retrouver cette régularité au moment même des poussées méningitiques qui s'accompagnaient d'une élévation assez marquée de la température. Ce fut d'ailleurs cette analogie avec la courbe thermique grippale qui fit penser à la grippe, et fut dans notre cas le meilleur élément de diagnostic. Nous aurons l'occasion, de revenir sur la fièvre grippale, sur ses rémissions multiples, qui sont le plus souvent d'un pronostic favorable (2).

Quelques symptômes nous restent à signaler, mais très

(1) MENU. Thèse citée.

(2) FIESSINGER. *La grippe endémique*.

souvent fugitifs, assez rarement observés : Nous nous bornerons à en faire l'énumération rapide. Ceux donnés par l'appareil de la vision, qui a été atteint quelquefois : *le strabisme* noté dans quelques unes de nos observations, *l'inégalité pupillaire*, la dilatation des pupilles qui était très légère dans notre cas.

Les convulsions ont été assez rares, mais cependant observées; enfin *des contractures* dans les membres, et nous avons déjà noté la *raideur de la nuque*; du *mâchonnement* des *grincements* de dents, *du délire*, etc.

On a noté aussi *le coma*, mais ce que nous trouvons le plus souvent est bien plutôt l'abattement, la prostration, et surtout une somnolence presque invincible.

Les urines ont été diminuées de volume, parfois très sédimenteuses, très colorées, fortement uratiques mais rarement anormales au point de vue chimique, tout au moins dans les principales observations que nous avons pu réunir. Nous savons cependant que quelquefois on a trouvé des traces d'albumine : c'est ainsi que le Dr Alison note dans ses observations des urines albuminuriques et peptonuriques.

CHAPITE IV

Marche et durée de la maladie

Lorsque chez un même petit malade on rencontre tous ces symptômes, que nous venons d'étudier ou tout au moins les principaux, comme dans notre observation, on est très fâcheusement impressionné par l'aspect particulièrement grave de la maladie. Nous verrons, plus loin en traitant du diagnostic quels sombres pressentiments peuvent alors venir à l'esprit, et nous ne nous dissimulons pas après le premier examen de notre malade la gravité du pronostic. Mais la température, symptôme sur lequel nous ne saurions trop insister, et surtout la marche de la maladie nous permettront bientôt de nous rassurer, et de penser à une affection grave, sans doute, mais rarement mortelle.

En effet, le plus souvent les phénomènes se précipitent dans la forme nerveuse de la grippe, et le plus souvent, comme le démontrent la plupart des observations que nous rapportons, la durée de la maladie est seulement de quelques jours. Si le début de l'affection peut effrayer, sa courte durée, la prompte amélioration des symptômes, et surtout le diagnostic établi permettent bientôt de chasser toute inquiétude. Quelque fois cependant, et nous l'avons observé chez notre malade, l'infection est plus profonde ; dans ce cas

les phénomènes conservent leur gravité d'allure, la maladie se prolonge et offre alors des rémissions et des recrudescences, que nous avons vu durer de quinze à vingt jours environ. Puis tout va rentrer dans l'ordre normal, la guérison se déclare définitivement, la terminaison de la grippe se fait par disparition graduelle des symptômes, les phénomènes généraux s'améliorant les premiers : le malade est convalescent (1).

La convalescence est caractéristique, et on pourrait presque en faire un symptôme rétrospectif. Si quelquefois le retour à la santé a été aussi prompt que le début de la maladie a été brusque, la convalescence a été le plus souvent longue et trainante. C'est ainsi qu'on a pu voir des enfants rester plusieurs semaines pâles, maigres, affaiblis, incapables de tout effort physique ou intellectuel. Avec MM. Comby et Delezenne, nous admettons l'existence d'une

(1) Nous devons cependant, pour la vérité des faits, relater ici un cas mortel, que rapporte le Dr Fiessinger (*La grippe endémique*). La mort serait survenue au cours d'une méningite cérébro-spinale d'origine grippale, chez une jeune fille de dix-huit ans, grippée pendant une quinzaine de jours avec douleurs de reins, avec pression douloureuse du rachis ; puis les accidents se précipitent, obstruction des bronches, sibilances à l'auscultation, nasonnement, déglutition presque impossible ; *la nuque et le dos sont contracturés* avec renversement de la tête sur la colonne vertébrale. Cet état dure 48 heures, puis la mort survient au milieu d'accidents indiquant l'envahissement du bulbe.

N. B. — Nous voulons bien admettre ici l'existence d'une méningite grippale ; ce qui toutefois n'a pas été vérifié, puisque l'autopsie n'a pas été faite.

sorte d'asthénie post-grippale, particulièrement marquée dans les formes très infectieuses de la grippe: on dirait que les enfants, relèvent d'une fièvre typhoïde grave. En effet les douleurs musculaires, la lassitude, l'abattement sont les phénomènes marquants de la convalescence. Dans notre cas cela a été très net: notre petit malade amaigri, fatigué, a été long à se remettre. Mais si la convalescence a été lente, la guérison a été absolue, définitive, l'enfant n'ayant conservé aucun trouble appréciable des facultés intellectuelles. Ce sera pour nous un bon argument dans la discussion du diagnostic.

Cette étude générale, des symptômes observés au cours de la grippe nerveuse à forme méningitique nous donne bien une vue d'ensemble de la maladie que nous décrivons; mais cela ne nous conduit pas à dire que tous les malades ont présenté ou présenteront un tableau clinique aussi complet et avec des phénomènes aussi caractéristiques. Si dans quelques unes de nos observations nous pouvons constater l'existence de tous ces grands symptômes, qui font à la méningite un cadre si particulier, et font penser immédiatement à cette maladie (exemple: l'observation que nous avons pu recueillir à l'hôpital Trousseau, les observations de M.M. Faisaus, Sevestre, Bidon); il en est d'autres au contraire, où nous ne pouvons retrouver que quelques-uns de ces symptômes, variables en intensité, très brusques parfois comme début, souvent même graves d'allures, mais aussi très fugaces, puisqu'on les voit disparaître au bout de quelques heures. Telles sont les observations de M.M. Gaucher, Juhel Renoy, Le Gendre et la première de M. Sevestre. Ailleurs nous trouvons une grippe nerveuse, mais plus

complexe quant à ses phénomènes, puisqu'à une congestion pulmonaire d'origine grippale succède bientôt une hyperémie des méninges, avec disparition brusque de la congestion pleuro-pulmonaire; congestion qui ne va pas tarder à son tour à reparaitre, s'accompagnant alors de congestion des reins, après l'amélioration des symptômes méningitiques et lorsque sera terminé le travail phlegmasique des méninges. C'est ainsi que se présentent les deux observations du Dr Alison, toutes les deux suivies de guérison.

Lorsque nous réunirons nos observations, il nous sera plus facile par les remarques que nous pourrons faire alors, d'établir les divers degrés de la forme méningitique de la grippe, et les différences symptomatiques qu'elle a pu présenter.

CHAPÎTRE V

Diagnostic

« On ne doit admettre, a dit Cadet de Gassicourt (1) la réalité de la méningite qu'en désespoir de cause, quand toute chance d'erreur a disparu. »

En effet les symptômes du début sont souvent trompeurs, et par conséquent il est difficile d'assurer le diagnostic dès l'origine. Toutefois en présence d'un enfant malade depuis quinze jours, ayant eu pendant ce temps des vomissements alimentaires, de la constipation et une céphalalgie intense, et qui entrait à l'hôpital avec les symptômes d'une méningite bien caractérisée (attitude spéciale en chien de fusil, céphalalgie, cris plaintifs, raideur absolue de la nuque, raie méningitique, pouls irrégulier et intermittent ; respiration irrégulière et inégale, constipation opiniâtre, rétraction du ventre. etc., comment repousser l'idée d'une méningite, et quel autre diagnostic aurait-on pu porter ?

Nous prenons encore comme sujet de notre description le petit malade que nous avons observé à l'hôpital Trou-

(1) CADET DE GASSICOURT. *Clinique des maladies de l'enfance*. T. III. Seizième leçon.

seau. Ce cas est de beaucoup le plus net de tous ceux que nous rapportons, le plus complet aussi par les prodrômes et les symptômes que présentait la maladie. Nous nous appuyerons cependant dans notre argumentation sur nos autres observations, mais dans lesquelles les phénomènes tout en étant très-caractéristiques ont été de moindre durée et n'ont pu donner un tel ensemble symptomatique.

Nous sommes donc en présence d'une méningite, qu'au premier examen on diagnostique tuberculeuse : opinion acceptée par notre maître, M. Sevestre, mais cependant déjà mitigée, puisque dès le premier jour il nous fit remarquer cette chose un peu troublante pour le diagnostic, l'écart entre la température de la veille au soir (39°) et celle du matin (37°). On pensa que cette élévation thermique (39°) tenait très probablement à la fatigue du voyage, au transport à l'hôpital. Toutefois, et quoique les symptômes généraux que nous avons signalés, persistassent, et en particulier la raideur extraordinaire de la nuque, nous retrouvâmes le lendemain et les jours suivants la même différence dans la fièvre du matin et du soir.

Etions-nous bien en présence d'une méningite tuberculeuse ? Ne pouvions-nous pas penser à une méningite microbienne, (et nous reviendrons plus loin sur cette idée) ?

La courbe thermique à grandes oscillations permit à M. Sevestre de penser à la grippe, et au milieu des suppositions que nous pouvions faire, c'était le signe le plus net dans la série favorable. Série que nous allons voir se compléter, malgré les rechutes observées, par l'amélioration des symptômes qui vont aller s'atténuant progressivement jusqu'à la guérison définitive. Et pour faire un tableau

d'ensemble de ces symptômes particuliers de la grippe méningitique, joignons-y la langue grippale si caractéristique dans l'observation de M. Faisaus ; ou bien encore, comme dans les observations d'Alison, ce va et vient du travail phlegmasique qui court pour ainsi dire d'un organe à l'autre, se fixant sur l'organe fatigué ou déjà souffrant, puis retournant ensuite à son point de départ, caractère qui appartient bien à la grippe, dit Alison.

Il suffit de lire nos observations pour se rendre compte de la différence qui existe entre la marche et la durée de la pseudo méningite grippale et celle de la vraie méningite tuberculeuse. Si nous y retrouvons bien tous les grands symptômes qu'on rencontre dans les deux premières périodes de la méningite tuberculeuse, et nous les avons énumérés au précédent chapitre, ils ont été beaucoup plus fugaces, cédant le plus souvent au bout de peu de jours. Enfin nous n'avons pas vu se dérouler sous nos yeux, la dernière et la plus terrible, la troisième période, avec l'abolition définitive et complète des facultés intellectuelles le coma précédant la mort ; les contractures et les paralysies.

On pourra nous objecter que souvent la méningite tuberculeuse présente des irrégularités dans sa marche, que certains symptômes peuvent être avancés ou retardés ; que certains autres quelquefois peuvent faire défaut, que ceux d'une période peuvent empiéter sur la période suivante, que les signes du début sont parfois si mal caractérisés et si fugaces qu'ils échappent à l'attention ou sont difficiles à interpréter, et qu'en pareil cas la méningite ne peut sûrement être diagnostiquée que dans les derniers jours

de son évolution. Mais, c'est justement cette évolution heureuse, qu'on peut constater souvent au bout de peu de jours ; et nous le rappelons encore, la courbe thermipue qui éveillant l'attention peut faire penser au cours d'une épidémie de grippe, qu'on se trouve en face d'une localisation méningée du poison grippal.

On nous fera observer ici, que rien n'est moins régulier, n'est plus sujet à de nombreuses variations que la fièvre dans la méningite tuberculeuse. Nous le reconnaissons : M. Cadet de Gassicourt l'a fort bien prouvé dans ses leçons sur la méningite tuberculeuse, et il est difficile d'établir une courbe thermométrique typique et pouvant s'appliquer à la marche générale de toutes les méningites. En effet n'a-t-on pas vu les tracés thermiques les plus dissemblables correspondre souvent à des formes presque identiques de méningite tuberculeuse, et les tracés les plus analogues à des formes très différentes (Cadet de Gassicourt). Mais parmi tous ces tracés si dissemblables, nul ne peut être comparé à celui de la grippe, car le caractère distinctif le plus important c'est la réascension thermique qui est pour ainsi dire le propre de la grippe. Nous avons insisté ailleurs sur la rechûte fébrile, et nous pensons que sa présence suffira souvent à éclairer un diagnostic hésitant.

D'ailleurs, le début brusque, le plus souvent, la marche et la durée de l'affection, l'existence d'une épidémie de grippe comme nous l'avons déjà dit, souvent aussi la présence de la langue grippale avec sa coloration blanc bleuté, opaline, aideront au diagnostic, confirmé bientôt par la guérison. Guérison absolue, ne laissant aucune trace, ce

qui n'est pas observé dans les quelques cas de méningite tuberculeuse qui ont guéri. Nous nous réservons de revenir un peu plus loin sur les méningites qui guérissent, pour les différencier de la pseudo-méningite grippale. N'avions-nous pas plutôt affaire, comme nous l'avons dit plus haut, à une méningite aiguë appartenant au groupe qu'on désigne sous le nom de méningite microbienne ?

Il est vrai que la méningite aiguë a un début rarement précédé de prodromes, que la fièvre s'élève rapidement (39 à 40°), et qu'elle présente en général les grands symptômes que nous avons étudié. Il est vrai que l'état général du malade est modifié dès le début, et que la durée de l'affection est généralement très prompte. Mais c'est surtout à la suite d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde, d'un érysipèle, et même comme nous l'avons dit en parlant des associations microbiennes quelques fois comme complication de la grippe qu'on peut observer cette méningite. Chez notre malade, il y avait bien ces quelques prodromes, mais ils auraient beaucoup plutôt fait songer à la méningite tuberculeuse, qu'à une maladie infectieuse ayant précédé en accompagnant la méningite. D'ailleurs la température à grandes oscillations journalières que nous fûmes à même d'observer les jours qui suivirent notre premier examen, n'aurait pas tardé à redresser notre diagnostic ; car dans les méningites aiguës la température reste élevée (42° parfois), avec des rémissions excessivement rares, jusqu'à ce que le malade succombe dans le coma ou au milieu de violentes convulsions. On a vu cependant quelquefois la guérison survenir, comme dans les deux cas de

méningite à pneumocoque, rapportés par M. Netter (1), observations de Wallich et d'Heusinger) que nous citerons au chapitre des observations, afin que l'on puisse les comparer aux nôtres. La guérison ici a été complète, mais il est beaucoup plus fréquent de voir les enfants conserver des traces de la maladie du côté de l'intelligence ou de la motilité, qui se traduisent par les plus cruelles infirmités : paralysies, contractures des membres et du tronc, strabisme, hydrocéphalie, idiotie, cécité, arrêt de développement.

Ce qui nous conduit maintenant à parler des méningites qui guérissent.

La méningite tuberculeuse peut-elle être suivie de guérison ? On a soutenu le pour et le contre, des auteurs se sont prononcés par l'affirmative en s'appuyant sur des faits. Ces faits sont-ils probants ? Ici nous répondrons en donnant l'opinion de M. J. Simon (2), opinion qui nous séduit non seulement parce qu'elle vient à l'appui de notre thèse, mais aussi parce qu'elle nous paraît juste :

« Pour moi, dit J. Simon la méningite tuberculeuse ne guérit pas, et les cas que l'on a considérés comme tels n'étaient que des faits de congestion cérébrale, de cette congestion qui n'est pas encore bien décrite jusqu'à présent, congestion à début brusque, rapide, se produisant sous l'influence d'une impression subite de froid, d'une indigestion etc., et qui donne lieu assez souvent à des phénomènes morbides

(1) NETTER. De la méningite due au pneumocoque (avec ou sans pneumonie).

(2) J. SIMON. Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse (*Gazette des hôpitaux*, 3 novembre 1887).

« analogues à ceux d'une méningite au début. Vous pouvez observer ainsi, en pareils cas, de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation, voire même des cris, une certaine raideur du cou, des inégalités de coloration des pommettes, un pouls fréquent, une température assez élevée. »

D'un autre côté, Cadet de Gassicourt, qui a recueilli et observé quelques cas de guérison de méningites ayant simulé la méningite tuberculeuse, y voit bien plutôt des méningites qui se sont développées autour de tumeurs tuberculeuses, de gommes syphilitiques, de scléroses cérébrales, de néoplasmes, etc.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ces diverses espèces de méningites; ce serait d'ailleurs nous éloigner beaucoup de notre sujet, puisque nous avons dit en traitant de la pathogénie, que nous distrairions des méningites vraies microbiennes, les irritations plus ou moins chroniques des centres nerveux. Nous noterons seulement à côté des méningites syphilitique, néoplasique, cette autre non moins intéressante, la méningite sclérosique due à des scléroses anatomiquement constituées par la prolifération fibrillaire du tissu connectif et la destruction complète des éléments nerveux, tubes et cellules. Ce que nous devons retenir de cette dernière affection, c'est que la sclérose cérébrale donne lieu parfois dans le cours de son évolution à des poussées congestives, surtout au début des accidents. On peut alors, avant l'apparition des paralysies voir les enfants inquiets, agités, sans sommeil, accuser de la céphalalgie, et parfois présenter un léger mouvement fébrile, enfin toute une période prémonitoire faisant croire parfois à une méningite.

Il nous reste à signaler pour terminer notre chapitre du

diagnostic, deux autres variété de fausse méningite, utiles à connaître, croyons-nous, lorsqu'on hésite à porter un diagnostic définitif. Nous voulons parler d'une part de la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants ; et d'autre part des phénomènes congestifs cérébraux très curieux que peut déterminer l'impaludisme.

La pseudo-méningite hystérique peut, par l'ensemble de symptômes simulant à s'y méprendre ceux de la méningite tuberculeuse, laisser croire à cette dernière affection. C'est ainsi que M. Ollivier (1), médecin de l'hôpital des Enfants malades, en rapporte un cas suivi de guérison, (nous le résumerons au chapitre des observations), que tout d'abord il avait considéré comme un exemple indiscutable de méningite guérie, tant il avait été trompé par les symptômes, céphalalgie, constipation, photophobie, ventre en bateau, raie méningitique, pouls lent et irrégulier, cris, mouvements convulsifs, délire et même coma, et sans compter de mauvais antécédents héréditaires ; (père mort de la tuberculose). Ce fut seulement plusieurs années après, qu'ayant revu cette enfant (il s'agit d'une fillette) il put constater des phénomènes nerveux tels que rétrospectivement il revisa son premier diagnostic.

Il faudra donc dans certains cas étudier de très près les symptômes, rechercher l'hérédité, etc, mais il y aura toujours pour faire la distinction avec la pseudo-méningite grippale, d'abord la température, car si la fièvre hystérique par son irrégularité se rapproche jusqu'à un certain point de

(1) M. OLLIVIER : De la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants. *Gaz. méd. de Paris*, 26 sept. 1891.

la fièvre des débuts de la méningite, elle ne présente pas la grande oscillation thermique que nous avons observée ; puis encore la langue grippale, et au besoin le génie épidémique du moment. De plus, comme le fait remarquer M. le Dr Bardol (1) dans un travail qu'il a publié récemment sur ce sujet, on pourra être éclairé par la *céphalalgie*, qui se montre sous forme de crises, et qui coïncide avec la présence de *zones hystérogènes* du cuir chevelu ; par les antécédents du sujet, et par la recherche des stigmates.

Enfin nous seront très brefs sur les accidents méningitiques dus à l'impaludisme. Ce qui nous a engagé à en dire quelques mots, c'est que dans deux de nos observations de pseudo-méningite grippale, nous trouvons notés dans les antécédents quelques phénomènes paludéens.

Mais la fièvre intermittente à forme pernicieuse est rare chez les enfants, et comme le dit bien J. Simon, lorsque on a pu observer des cas de congestion cérébrale à poussées intermittentes, ayant amené la mort après un deuxième ou troisième accès de méningite, c'a presque toujours été chez des enfants de deux ans à deux ans et demi. Telle l'observation de J. Simon, que nous rapportons plutôt comme exemple de la possibilité d'une pseudo-méningite paludéenne qu'on ne pourra confondre, surtout après une étude approfondie des symptômes de la maladie et des antécédents du malade, avec la pseudo-méningite grippale.

(1) BARDOL. Syndrômes hystériques, simulateurs de la méningite. *Rev. des mal. de l'Enf.* 1^{er} juillet 1893.

CHAPITRE VI

Pronostic

Tout d'abord, en présence de symptômes tels, que le diagnostic de méningite s'impose, il est impossible de ne pas être douloureusement impressionné, car l'issue est fatale, et les chances heureuses bien faibles tant nous sommes désarmés devant la méningite tuberculeuse.

Mais lorsque l'étude de ces mêmes symptômes, dont nous avons longuement parlé, et nous ne reviendrions sur eux, qu'en nous répétant, aura permis d'éloigner l'idée de tuberculose, et aura fait penser à des accidents méningitiques de nature grippale, on devra alors revenir à l'espérance, car la forme nerveuse, pseudo méningitique de la grippe est rarement mortelle.

Nous pourrions presque dire qu'elle guérit toujours. En effet parmi les observations que nous avons pu réunir, nous ne trouvons pas de cas mortels.

Cependant, nous devons nous souvenir ici de l'observation de Fiessinger, que nous avons citée incidemment au chapitre des symptômes, observation dans laquelle la maladie se termina par la mort. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, et le diagnostic vérifié, nous admettrons donc

que parfois l'infection de l'organisme par le poison grip-pal est si profonde que la mort peut survenir. Joignons-y encore cette autre cause de gravité, l'*hyperthermie* et une *longue durée des phénomènes infectieux*, comme dans notre observation, où le malade guérit toutefois, et nous pourrions peut-être expliquer ainsi les quelques cas mal-heureux possibles, et qu'on pourrait rencontrer.

En résumé, nous croyons pouvoir affirmer le pronostic presque toujours favorable de la pseudo-méningite grip-pale, d'autant plus favorable que la guérison, comme nous l'avons observé, est absolue, ne laissant pas aux ma-lades ces traces indélébiles, les infirmités que nous avons vues être pour ainsi dire le cachet des autres méningites qui guérissent.

CHAPITRE VII

Traitement

Devant une méningite tuberculeuse, nous savons la thérapeutique impuissante. Ce qui faisait dire à Trousseau : « Découragé de mes inutiles tentatives, j'ai comparativement traité des malades par des moyens énergiques, et laissé les autres à l'expectation ; or je dois avouer que la terminaison funeste m'a paru arriver plus rapidement chez les premiers que chez le seconds. »

Mais devant la pseudo-méningite grippale, le diagnostic établi, ou même serait-il encore douteux, il faut intervenir, lutter contre la maladie. Nous avons dit même si le diagnostic est douteux, c'est qu'il est permis d'espérer, surtout en face d'un sujet ne rentrant ni par lui même, ni par sa famille dans la catégorie des tuberculeux, que toute tentative thérapeutique pourra être utile, et que l'affection qui débute appartiendra à la classe des phlegmasies simples aiguës, ou subaiguës, des hyperhémies ; qu'elle est due enfin à un agent infectieux possible à vaincre peut-être.

Quel traitement instituer ? Nous pensons que le plus simple sera celui des symptômes, car en admettant que le

diagnostic soit certain, la thérapeutique de la grippe a été assez variée jusqu'à présent, pour qu'il n'y ait encore que des indications générales sur son traitement.

Nous nous attaquerons d'abord aux trois grands symptômes : Céphalée, vomissements, constipation.

La constipation d'abord : car n'est-ce pas là la première indication, évacuer l'intestin, et chasser autant que possible au dehors et par tous les moyens les toxines qui infectent le malade ? Dans notre cas nous avons donné le calomel, excellent médicament, non seulement par ce qu'il a un grand pouvoir antiseptique sur l'intestin, mais aussi comme le dit bien M. le professeur Germain Sée, parce qu'il agit aussi comme diurétique ; et les reins nous le savons sont une grande voie d'élimination des poisons de l'organisme.

On essaiera de vaincre en même temps les vomissements par les boissons glacées.

Contre la céphalée, et surtout comme médicament antithermique dans la grippe, nous préférons l'antipyrine au sulfate de quinine. D'ailleurs l'antipyrine est généralement bien supportée, et il est beaucoup plus facile le plus souvent de l'administrer chez l'enfant que le sulfate de quinine.

On a associé aussi l'antipyrine au sulfate de quinine : association très bonne paraît-il, mais que nous n'avons pas expérimentée.

Mais il est une médication antithermique, qui nous a donné d'excellents résultats, nous voulons parler des bains froids. Nous croyons devoir les indiquer contre l'hyperthermie dans la pseudo-méningite grippale, tout en recommandant de soumettre leur application à une surveillance rigoureuse. Car, nous dirons ici avec M. Sevestre « qu'il

n'est pas rare de voir des enfants être pris de syncope dans le bain ou présenter à la suite un état de collapsus plus ou moins inquiétant. Il faut donc tenir grand compte de l'état du pouls, et faire en même temps des injections de caféine (1) ».

En même temps et pour soutenir les malades, tous les toniques seront bons : les potions alcooliques, du champagne, etc ; du bouillon, du lait stérilisé.

Et lorsque viendra la convalescence, que nous savons si longue parfois, on emploiera tout les reconstituants : œufs, laitages, purées de viandes et de légumes. En effet un régime réparateur est nécessaire. Dans certains cas, où l'asthénie post-grippale se montrera plus rebelle, on pourra ajouter à ce régime que nous ne pouvons qu'indiquer, une thérapeutique stimulante et tonique : huile de foie de morue, bains salés, séjour à la campagne.

Il faudra quelquefois, en un mot, tenter tout ce que l'ingéniosité pourra imaginer, car avec la grippe nous l'avons dit, les indications précises ne peuvent être d'une grande utilité, tant on a pu constater la variété de ses phénomènes, et quelquefois ses bizarreries d'allure.

(1) SEVESTRE : Les bains froids dans la fièvre typhoïde.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (Personnelle)

M..., Alphonse, âgé de 8 ans, entré le 30 décembre 1892 à l'hôpital Trousseau, salle Lugol, n° 6.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires.

Le père est mort d'accident et jouissait d'une excellente santé.

La mère est très bien portante. 3 autres enfants bien portants.

L'enfant a eu la rougeole et la scarlatine il y a 2 ans : pas d'autres maladies.

Actuellement, il est malade depuis 15 jours, se plaint actuellement de la *tête* et du ventre et a eu à plusieurs reprises des vomissements bilieux ou alimentaires, pas de saignement de nez. Constipation depuis le début de la maladie ; il tousse un peu depuis quelques jours. (Ces renseignements nous sont fournis par la mère de l'enfant).

Il entre à l'hôpital, le 30 décembre 1892, à quatre heures de l'après-midi.

En arrivant près de l'enfant on le trouve couché en *chien de fusil*, la tête enfouie sous ses draps, *grognon*, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose, poussant de temps à autre un *cri* plaintif et prolongé. En le forçant à parler on ne peut lui arracher que ces mots : « *J'ai mal à la tête.* »

On constate en outre une *raideur complète de la nuque* tellement marquée, qu'en passant la main derrière la tête on la soulève en bloc avec le thorax.

Le ventre est retractoré et la raie méningitique est très appréciable avec ses caractères ordinaires, longue à apparaître et lente à disparaître.

Pouls petit, irrégulier, ; 112 pulsations, de temps à autre une intermittence, toutes les 8 à 10 pulsations environ.

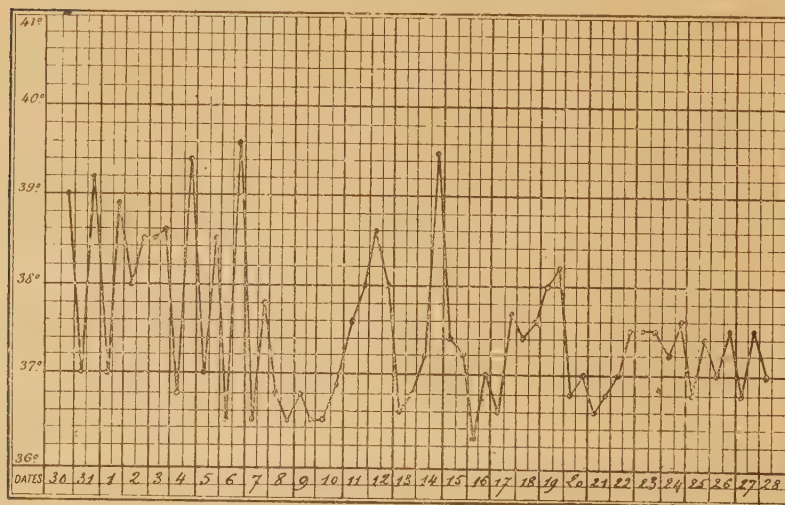
Les pupilles sont très légèrement inégales, la gauche est un peu plus large ; mais ce signe est en somme peu marqué. Pas de phénomènes de paralysie. La respiration est irrégulière, de temps à autre, pause respiratoire.

La langue est chargée, saburrale ; constipation opiniâtre. La température est à 39°.

31 décembre. Même état que la veille au soir. L'enfant a poussé des cris continuels toute la nuit. Il conserve la même attitude dans son lit, toujours la tête enfoncée sous ses draps. Persistance de l'irrégularité du pouls et de la respiration. Pas de vomissements, la température est brusquement tombée à 37°.

On donne 0,40 cent. de calomel.

Le soir, même état, mais la température est remontée à 39°,2.



1^{er} janvier 1893. De nouveau chute de la température à 37°. L'enfant reste toujours très abattu. Le ventre est légèrement ballonné, il n'est plus rétracté comme le premier jour. Une selle diarrhéique. Pas de taches rosées. Pas de tuméfaction de la rate. Il pousse continuellement des cris plaintifs, boit beaucoup, mais refuse toute nourriture.

La raie méningitique est beaucoup moins appréciable que les jours précédents. Toujours raideur complète de la nuque. Respiration irrégulière. Pouls irrégulier (une pulsation manque toutes les 8 ou 10 pulsations).

Rien à l'auscultation des poumons. L'auscultation est du reste rendue très difficile, par suite de l'état de l'enfant et de l'irrégularité de la respiration. Percussion normale.

Le *soir* la température remonte à 38°,9, malgré l'ingestion d'antypirine (1 gr. en deux fois).

Le 2. Même état, porte continuellement ses mains à la tête.

La constipation reprend; on la combat avec des lavements.

Température 38° et 38°, 5 *le soir*.

Le 3. Température 38°,5. La nuit a été meilleure. Le ventre est de nouveau ballonné, mais il y a quand même de la constipation. La raideur de la nuque persiste. Toujours attitude en chien de fusil. Mais la respiration est devenue régulière. On ne retrouve pas l'intermittence du pouls constatée les jours précédents. L'enfant a l'air moins abattu, il répond aux questions qu'on lui pose.

On prescrit 3 bains froids dans l'hypothèse qu'il s'agit d'une grippe à forme méningée. Dans la soirée, on donne aussi 2 bains à 20° d'une durée de 5 minutes, il sont bien supportés. Température *le soir*, 38°,5.

Pas de bain dans la nuit, la température n'ayant pas atteint 38°.

Le 4. Température 36°,8 le matin. Il y a un mieux sensible; l'enfant est plus éveillé, n'a plus l'attitude en chien de fusil,

reste étendu sur le dos dans le décubitus dorsal. On ne constate plus d'irrégularité du pouls, ni de la respiration, toujours raideur de la nuque et persistance de la céphalalgie ; à midi, température 38°,5 on donne un bain.

Le *soir*, la température remonte brusquement à 39°,4 sans que l'enfant paraisse plus malade. Un bain le soir (après ce bain, comme après les précédents, la température tombe à 37°).

Le 5. Le mieux continue ; décubitus dorsal. Cependant il y a encore de la raideur de la nuque et de la constipation ; il se plaint toujours de la tête, mais ne pousse plus de cris. Pouls et respiration réguliers. Ventre ni rétracté, ni ballonné.

2 bains : à 6 heures du soir (38°,5 avant le bain, 37° après) et à 11 heures (39°,7 avant et 37°,6 après le bain).

Le 6. Même état. Température le matin 36°,5 ; le soir 39°,7.

Un bain le soir (39°,7 et 37°,8).

Le 7. La température est tombée à 36°,5.

Amélioration considérable dans l'état de l'enfant. Il ne se plaint plus de la tête. Encore raideur de la nuque mais beaucoup moins marquée qu'au début.

Disparition de la torpeur des premiers jours, l'enfant parle et répond très bien aux différentes questions qu'on lui pose.

Il s'est même assis sur son lit et a passé quelques heures à regarder des images. Cependant, dans la soirée, la température étant remontée à 39°,2, on donne un bain (37°,4 après le bain).

Le 8. Le mieux persiste ; l'enfant continue à s'asseoir sur son lit pour prendre des potages et boire son lait. Nuit excellente, dort sans se réveiller. Pouls normal ainsi que la respiration. L'enfant ne se plaint plus de rien, il n'y a plus qu'une légère raideur de la nuque et de la constipation. Les maux de tête ont disparu. Température 36°,8 et 38°,5 le *soir*.

Les 9 et 10. Température 36°,8 et 36°,5 ; le 10, 36°,5, et 36°,9.

Même état. L'enfant s'intéresse à tout ce qui l'entoure, parle avec ses voisins, peut être considéré comme guéri.

Le 11. Température 37°,6. Le matin un vomissement bilieux sans effort et sans cause. L'enfant redevient triste et abattu et reprend son attitude en chien de fusil. Pas de modifications de la respiration. Le *soir*, 38°.

Le 12. Température 38°,6 le matin ; l'enfant tient la tête cachée dans ses draps. La raideur de la nuque reprend avec son intensité primitive ; raie méningitique de nouveau. Pouls 101, redevient irrégulier. La respiration est également irrégulière.

On ordonne 0,40 centigr. de calomel.

Le *soir*. Température 38°.

Le 13. L'enfant paraît mieux, a repris une position allongée dans son lit, mais est toujours très abattu et a le pouls légèrement irrégulier, il ne se plaint plus de la tête. Température 36°,6 et 36°,8 le soir.

Le 14. Température 37°,2. Mais le *soir* elle remonte brusquement à 39°5. La céphalée apparaît de nouveau. La raideur de la nuque redevient beaucoup plus marquée que la veille. Le pouls est petit et inégal ; la respiration irrégulière.

Le malade est couché en chien de fusil. Constipation opiniâtre. Le ventre est *très rétracté*.

Le 15. Même état ; cependant Température 37°,4 et 37°,3 le *soir*.

Le 16. Amélioration considérable, à la visite on est tout étonné de trouver l'enfant assis sur son lit et parlant ; il n'a plus de maux de tête. Le pouls et la respiration redeviennent réguliers. Température 36°,3 ; le *soir*, 37°.

Le 17. L'état de l'enfant est excellent. Température 36° et 37°,7. Le 18, 37°,4 et 37°,6.

Le 19. La température remonte à 37° et 38°, sans aucun phénomène nouveau. A partir de ce jour, la température tombe à 37° et oscille entre 37° et 37°,7 ; l'enfant qui avait beaucoup maigri

pendant sa maladie reprend de jour en jour et le 1^{er} juin, il est en très bon état, absolument guéri, se promenant toute la journée.

OBSERVATION II

Observation de M. le Dr FAISAUS médecin de la Pitié (Inédite).

Pendant la grande épidémie de Grippe de 1890, je fus appelé auprès d'un enfant de sept ans, qui était malade depuis quatre ou cinq jours.

Cet enfant avait été pris très brusquement d'un violent mal de tête qui n'avait fait que s'aggraver depuis le début : la douleur était si forte que l'enfant poussait sans cesse des *gémissements plaintifs*. Il existait en même temps une forte fièvre, entre 39° et 40° ; l'inappétence était absolue, et deux ou trois fois par jour, l'enfant *vomissait* des matières vertes, porracées, en assez grande abondance. La *Constipation* était telle que depuis cinq jours, il n'y avait pas eu une seule garde robe.

En l'absence de son médecin habituel, le père de cet enfant avait fait venir successivement deux médecins du voisinage et chacun d'eux avait porté le diagnostic de *Méningite aiguë*, accompagné naturellement du pronostic le plus grave.

Dès que je vis l'enfant, je fus péniblement impressionné par le *froncement de ses sourcils*, qui indiquait une *violente céphalalgie* ; par les *cris* qu'il poussait ; par le soin avec lequel il se tournait du côté du mur et fermait ses yeux pour fuir l'action de la lumière (*photophobie*).

Ces petits symptômes rapprochés des accidents plus importants qu'on me disait avoir existé depuis cinq jours étaient évidemment de nature à faire penser à de la méningite. Cependant nous étions, je le répète, depuis plusieurs semaines, en pleine épidémie de grippe, et cette maladie nous avait déjà causé tant de surprises, en prenant les masques les plus variés, que nous

avons pris l'habitude de penser d'abord à elle dans tout diagnostic un peu délicat. Cet enfant était d'ailleurs tombé malade très brusquement ; ses parents étaient d'une bonne santé et on ne connaissait pas de tuberculeux dans la famille ; enfin un autre enfant de la famille s'était alité en même temps que lui, avec de la *fièvre*, de la *courbature*, de la *céphalalgie* et un violent coryza, bref avec tous les symptômes de la grippe normale. Il était donc probable que nous avions affaire à deux cas différents de la même affection.

Ces premiers soupçons se transformèrent en certitude quand je pratiquai l'examen de l'enfant et *que je vis sa langue*. Cet organe avait conservé sa forme normale et une parfaite humidité, mais il présentait une coloration *blanc bleuté*, opaline que j'avais déjà remarquée dans un grand nombre de cas de grippe et que je considérais déjà comme caractéristique de cette affection. Je portai donc le diagnostic de *pseudo-méningite grippale* et rassurai les parents en leur promettant une guérison rapide.

L'événement prouva que j'avais eu raison, car, dès le lendemain, après avoir pris deux grammes d'antipyrine, l'enfant était débarrassé de tous les symptômes alarmants qu'il avait présentés ; et deux ou trois jours après, il était complètement guéri.

OBSERVATION III

D^r SEVESTRE. *Société méd. des hôp.* 28 mars 1890.

Petite fille de huit ans, chez laquelle la maladie avait débuté par des phénomènes d'embarras gastrique, et une sensation de courbature et de grande lassitude ; puis l'enfant avait été prise de *maux de tête très violents*, donnant lieu à de véritables crises nerveuses ; le sommeil était agité, interrompu par des *cris*

de douleur et de fréquents grincements de dents ; il y avait de la constipation, mais pas de vomissements.

Le pouls était fréquent, et la température oscillait entre 39 degrés et 39°,6.

M. le Dr Sevestre est alors appelé en consultation :

Les phénomènes les plus inquiétants duraient depuis *cinq jours*, mais paraissaient déjà présenter une tendance à devenir moins intenses ; le lendemain l'amélioration s'accroissait et quelques jours après l'enfant était complètement guérie.

Le traitement avait été très simple :

Purgatifs légers et antipyrine (50 centigrammes en deux prises).

Notons que cette observation a trait à la fillette d'un médecin, circonstance qui a pu contribuer à exagérer quelque peu la préoccupation causée par les symptômes eux-mêmes.

De même pour l'observation suivante : mais là les phénomènes ont été beaucoup plus intenses. (L'observation a été recueillie et communiquée à M. Sevestre par le père de l'enfant.)

OBSERVATION IV

Dr SEVESTRE. *Société méd. des hop.* 28 mars 1890.

X..., petite fille de trois ans et quatre mois, née en Algérie, a présenté de temps à autre de petites poussées de fièvre paludéenne, mais n'a jamais été atteinte d'affection sérieuse. A Paris, depuis le mois de janvier 1889, elle était robuste et bien portante. C'est le 15 décembre qu'elle commence à présenter des symptômes de grippe. *Elle est somnolente et refuse de manger* ; elle sort un jour de son apathie, mais y retombe le soir même.

Du 18 au 21, l'enfant reste couchée et *pousse des cris* dès qu'on l'approche, elle refuse toute nourriture, et consent à peine à prendre un peu de liquide ; elle est *constipée*, se plaint de *céphalalgie* et de douleurs dans les oreilles, sans que rien d'apparent motive ses plaintes.

Le 21 dans la journée, une *fièvre intense* se déclare et s'accompagne de quelques *vomissements alimentaires* (lait ou boissons absorbées). Ce symptôme se reproduit dans la nuit.

Le 22 au matin, Température. A. 39°8. L'enfant accuse toujours des douleurs auriculo-temporales, elle est plongée *dans la torpeur*. Elle demande à boire incessamment et *vomit* de temps à autre tout ce qu'elle a pris. — Soir 41°4.

Le 23, matin Température 40°4 ; la malade est plongée dans une sorte de *coma*, dont elle sort cependant quand on l'interpelle un peu fortement ; elle est pâle, ne cesse de *mâchonner*, de mordiller ses lèvres. Elle peut à peine entrouvrir la paupière gauche dont la pupille paraît plus contractée que celle du côté opposé. Comme la veille, elle pousse à tout instant de petits cris, et réclame ainsi à boire. Sa soif est ardente, mais elle continue à rejeter tout ce qu'on lui donne ; elle est toujours constipée. A la suite d'applications de glace sur la tête, la température s'abaisse à 39°2 à dix heures ; mais le soir elle s'élève encore à 39°4 avec 135 pulsations radiales. Pas de toux, bien qu'on perçoive quelques râles humides, sans localisation fixe dans la partie postéro-inférieure des poumons.

Le 24, Température 41°2. Toujours mêmes symptômes et même gravité dans la situation. Dans le milieu de la journée, l'enfant conserve un peu plus longtemps les boissons administrées. Elles garde l'antipyrine qu'on lui donne et reçoit trois injections de chlorhydrate de quinine au vingtième.

Le soir Température 38°, 6. Pulsations 145.

Le 25, nuit calme ; le matin la fièvre est tombée ; les vomis

sements cessent, la malade est sortie de sa torpeur ; le soir. Température 38°.

Le 26 pas de fièvre le matin ; encore 38 degrés le soir. La convalescence s'effectue *lentement*. L'appétit revient petit à petit. Pendant huit jours, l'enfant est si faible *qu'elle ne peut se soulever dans son lit*.

Pendant les huit jours suivants, bien que l'appétit fût devenu excellent ; l'enfant *ne peut se tenir sur ses jambes*.

Après ce laps de temps, elle récupère peu à peu ses forces et son embonpoint. De temps à autre, cependant elle accuse encore de la *céphalalgie* et des douleurs dans les jambes. Son caractère est devenu très irritable.

C'est le 25 décembre que M. le Dr Sevestre est appelé à voir la petite malade, et comme dans le cas précédent, l'amélioration commençait déjà à se dessiner, ce qui lui permit de rassurer le père.

Remarque — M. le Dr Sevestre concluait alors qu'en tenant compte de ces faits la grippe peut présenter des manifestations d'ordre nerveux, et pour parler d'une façon plus précise encore, des accidents d'apparence méningitique.

Mais il faisait remarquer qu'avec un peu d'attention on ne pourra faire erreur de diagnostic ; si la céphalalgie les grincements de dents et le mâchonnement, si le coma ou l'agitation, si la constipation et les vomissements font penser à la méningite, le mode de début et les caractères de la fièvre ne sont plus les mêmes.

OBSERVATION V

Dr P. BIDON. *Revue de médecine*, 10 août 1890. (Action exercée par la grippe en 1889-90.

Garçon de six ans et demi ; rougeole à 4 ans, pneumonie fibrineuse à six ans.

Le 23 novembre un peu de *diarrhée* ;

Le 26, au réveil, courbature, fièvre, anorexie, douleurs lombaires et crurales ; abattement prononcé. Le soir fièvre plus forte, *céphalalgie*, un *vomissement*. Nuit très mauvaise, insomnie, agitation, *forts grincements de dents*, un peu de subdelirium, céphalalgie, facies animé, urine fébrile.

Le 27 au matin, Température 39° ; Pouls 130 : même état, forte céphalalgie, *torpeur profonde*, il ne répond que par monosyllabes ; *pas de selles depuis le 25*, *nausées*, le ventre n'est pas ballonné et n'a pas de taches, langue blanche et humide : *un peu de photophobie* sans inégalité pupillaire. Le soir, Température. 39°, 8 ; Pouls 135 ; abattement coupé d'un peu d'excitation, nuit aussi mauvaise que la précédente.

Le 28. même état, Température 39°, 4 ; Pouls 130, irrégulier, journée mauvaise, constipation, anorexie et nausées, céphalalgie ; le soir, Température 40° ; Pouls 136, plus régulier que le matin ; la céphalalgie a augmenté encore. La nuit commence très mal ; mais à minuit, je constate une épistaxis. Le reste de la nuit est *tout de suite* meilleur.

Le 29 au matin, le thermomètre ne dépassait pas 38°, le pouls tombait à 120, toujours irrégulier, mais les nausées et l'anorexie diminuaient ; une selle, urine moins uratique ; la torpeur a tout à fait disparu, la céphalalgie est légère. Le soir petite recrudescence avec Température 38°, 5. Dès le 30 ; guérison rapide.

OBSERVATION VI

Dr ALISON *Arch. génér. de Médecine*. Avril-mai 1890 (Obs. XXI)

Henri D..., 16 ans, élève interne au collège de L. . . , où beaucoup de ses camarades souffrent de la grippe, arthritique, surmené, depuis quinze mois, par un travail intellectuel, ayant un père

obèse, furonculeux et graveleux, est renvoyé de l'établissement avec la mention suivante : bronchite à la suite de grippe. Il arrive dans sa famille le 13 mai 1887, ayant éprouvé, depuis trois jours, de la céphalalgie, du coryza, de l'angine, de la courbature, des frissons, des bouffées de chaleur à la peau, etc.

14 mai. Nous constatons, céphalalgie violente, toux, oppression, douleur sternale violente, prostration. Pouls 108. R. 36. Température a. 39°, 6.

Signes très nets de congestion pulmonaire à la base du poumon droit, sans souffle, mais avec deux ou trois crachats abricots.

Urines très sédimenteuses, Q. 600^{cc}. D. 1026. Acides. Acide urique 4 g., 20. Peptone manifeste. Au spectroscope, abondance de pigments urobiliques et bilirubiques. Pas de sucres, pas de réaction avec l'acide nitrique.

Traitement : lait, grogs, ventouses sèches sur la poitrine et sur les reins, lavements au sulfate de soude. Calomel à dose réfractée.

15. Nuit très agitée. *Délire* presque continu. *Soubresauts des tendons*. Crachats blancs. Diminution des signes congestifs du poumon droit. Pouls. 116, Respiration. 32 *irrégulière*, Température a., à 8 h., 39°, 8 ; à 4 h., 40° ; à 8 h., 39°

Urines albumineuses et peptonuriques. Q. 4006. Acide urique, 4 g. 60. Fluorescence verte avec solution ammoniacale puis au chloure de zinc. Tr. ut supra.

16 *Délire violent. Perte de connaissance ; hallucinations de la vue et de l'ouïe. Convulsions spasmodiques des muscles de la face. Raideur du cou et des fléchisseurs des avant-bras et des doigts. Pupille droite dilatée.* Pas de strabisme. Pas de vomissements, *mais constipation*. Température. à 8 h., 39°, 4 ; à 4 h., 39°, 8 h ; à 8 h., 39, 4.

Expectoration incolore. Plus de matité pulmonaire. Même état des urines. Même traitement que ci-dessus, plus sangsues à

la région temporale, potion au chloral avec bromure de sodium et glace sur la tête.

17. Même état que la veille; toujours *délire et convulsions* et, de plus, éruption miliaire généralisée et région lombaire douloureuse à la pression. Pouls. 120; Respiration. 32, très irrégulière; Température 8 h., 40°; à 4 h., 39°,4; à 8 h., 39°. Continuation du même traitement avec calomel à dose réfractée.

18. Toujours *délire* violent, alternant avec *coma*. Même état convulsif. Anurie depuis douze heures. Température. 8 h. 39°; à 4 h. 39°,8; à 8 h., 40°.

19. Le *délire* a cessé; l'intelligence est rétablie. Disparition des convulsions. Pouls 108; Respiration 27; Température a., à 8 h., 37°,3; à 4 h., 39°; à 8 h., 38°,6. Urines toujours extrêmement sédimenteuses, avec albumine et peptone. Bande d'urobilin tout à fait sombre et disparition du violet, au spectre par les pigments bilirubiques. Un changement très important s'est fait dans l'appareil respiratoire. A la base du poumon droit, près de l'épine dorsale, il y a, avec une matité très étendue, un souffle expiratoire très fort avec gophonie. Crachats visqueux mais blancs. Persistance de l'éruption miliaire. On ajoute au traitement une potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina.

20. Amélioration notable. Retour complet de l'intelligence. Plus de mouvements convulsifs ni d'hallucinations. Matité, souffle et égophonie, dans une région très étendue avec crachats blancs. Pouls. 100; Respiration 22; Température. matin 37°,2, soie 38°, 4. Urines abondantes et claires, Q. 130; Acide urique 0,60. Diminution de la peptone. Plus de traces d'albuminurie. Débauche intestinale avec selles bilieuses et fétides.

22. Entre en convalescence. Disparition du souffle. Presque plus d'égophonie. Submatité persistante. Guérison.

OBSERVATION VII

Dr ALISON. *Archives gén. de Médecine*. Avril-mai 1890.
(Obs. XXII.)

Joseph B..., 12 ans, très impressionnable, surmené par l'étude et constamment préoccupé par ses études, prend une forte grippe le 1^{er} mars 1887 (le père vient d'en être atteint et sa sœur est prise à son tour quinze jours après) avec coryza, toux, frissons, courbature, etc. Cet état dure jusqu'au 8 ; puis les symptômes s'amendent mais il y a persistance de la toux, de l'enchifrènement, de la chaleur des mains et de l'inappétence. Le 11, étant encore sous le coup des symptômes précédents, il est pris de fièvre violente avec *céphalalgie* et un peu de *délire*.

12. *Vomissements* bilieux, faciles. *Constipation*. *Abattement* complet alternant avec *délire*. Pouls 118. Respiration 30. Température a., 40°. Au sommet du poumon droit, on constate de la matité avec respiration soufflante sans râles et accompagnée de crachats incolores. Urines acides, très sédimenteuses. Q. 350^{cc}. D. 1024. Acide urique 0,80. Urobiline et pigments biliaires abondants, au spectre. Peptone et un peu d'albumine. Traitement : lait, ventouses sur la poitrine et sur les reins, calomel à dose réfractée, lavements tous les jours, au sulfate de soude.

13. *Coma et perte de connaissance*. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. *Strabisme*. *Soubresauts des tendons*. *Légère contracture des fléchisseurs des bras et des doigts*. Pouls 130. Respiration 34, *irrégulière*. Température 40,2. Encore deux vomissements bilieux. *Ventre plat*. Persistance de la constipation. En arrière du poumon droit, toujours submatité avec diminution de la respiration. Tr. Glace sur la tête. Lait. Ventouses sur la poitrine et les reins. Calomel.

14. Toujours *coma* et *délire*. *Petits cris perçants hydrencéphaliques avec grincements des dents et alternatives de rougeur et pâleur de la face*. Hallucinations. *Strabisme et raideur du cou*. *Ventre plat et constipation*. Plus rien au poumon. Pouls 134. Respiration 32. Température 40. Urines très rares, sédimenteuses et bilieuses, avec peptone et albumine et douleurs rénales à la pression. Tr. ut supra.

15. Coma et perte totale de connaissance. Toujours hallucinations et convulsions des muscles du cou et des fléchisseurs des doigts. Plus de signes physiques au poumon. Même état des urines. Pouls 132. Respiration 30 très irrégulière. Température 39,8. Par moments, l'enfant est brûlant, puis en sueur. Tr. comme le 13.

16, 17, 18. Même état et même traitement avec ventouses lombaires et lavements au sulfate de soude.

19. Aux signes précédents s'ajoutent des selles involontaires, bilieuses et fétides et de l'anurie pendant dix huit heures. Même traitement.

20. La perte de connaissance est moins complète et les mouvements convulsifs ont disparu. Pouls 114 ; Respiration 27 ; Température 38°. L'enfant tousse un peu et on trouve, cette fois, à la base du poumon droit, de la matité avec respiration soufflante et bronchophonie sans râles. Urines claires. Q. 1010^{cc} ; D. 1015 ; acide urique 0,40. Bande urobilique peu nette.

22. Connaissance rétablie. Pouls 88 ; Respiration 22 ; Température 37,4. Persistance des phénomènes thoraciques, éternuements et un peu d'angine.

L'amélioration est progressive, mais l'enfant garde, de sa maladie, pendant plus de six mois, de la céphalalgie et de la diminution de la mémoire.

« *Remarques*. — Dans cette dernière observation dit Alison, « nous avons admis l'existence, non plus d'une simple conges-

« tion des méninges comme dans l'observation XXI ; mais d'une
« véritable méningite grippale ou a frigore, en nous basant, outre
« l'intensité de la fièvre, sur la persistance des symptômes mé-
« ningitiques ; des troubles de voies digestives (vomissements
« faciles, constipation opiniâtre, ventre, sinon en bateau, du
« moins plat) ; des phénomènes intellectuels (perte de connais-
« sance, des sentiments, délire, etc.) ; des mouvements convul-
« sifs de la nuque, des yeux, des bras et des doigts.

« De plus, cette observation met en évidence, non seulement la
« possibilité de voir une affection grippale se compliquer, chez
« un adolescent dont le cerveau est surmené, d'une véritable
« méningite ; mais encore nous montre, de même que l'avait
« fait l'observation précédente, comment, dans la fièvre catar-
« rhale, le travail phlegmasique à la manière d'un érysipèle am-
« bulant (expression employée par le regretté professeur Schlut-
« zenberger) court, pour ainsi dire, d'un organe à l'autre, se
« fixant sur l'organe fatigué ou déjà souffrant, puis retournant
« ensuite à son point de départ. C'est là, ce nous semble, un des
« caractères importants de la grippe. »

OBSERVATION VIII

Dr GAUCHER. (*Soc. Méd. des Hôp*), 14 Mars 1890.

Petite fille de 6 ans atteinte d'accidents d'apparence méningin-
gique.

Cephalalgie, cris, fièvre, vomissements ; irrégularité et ralen-
tissement du pouls. — Les accidents disparaissent au bout de
24 heures.

Monsieur Gaucher, vu la constitution épidémique du moment

pensa à une grippe nerveuse, à une *pseudo-méningite* d'origine grippale, et porta un pronostic bénin.

L'événement lui donna raison.

OBSERVATION IX

D^r JUHEL RÉNOY. *Soc. Méd. des Hop.* 14 mars 1890.

Fillette de 9 ans, non vermineuse, bizarre de caractère, fut prise de symptômes de *torticolis*, avec *raideur de la nuque*, *ventre déprimé en bateau*, *lenteur du pouls*, raie méningitique. En présence de ces faits, on pensa à une *méningite cérébro-spinale*, et on porta un mauvais pronostic. Mais la petite malade fit la surprise de guérir en 10 ou 12 jours.

M. Juhel Renoy se demanda s'il s'agissait d'une *grippe*, d'une *congestion méningée* d'une *méningite cérébro-spinale*.

Remarque. — Nous pensons que dans ce cas, c'était bien la grippe qu'il fallait incriminer, et qu'il s'agissait bien là d'une pseudo-méningite grippale.

OBSERVATION X

D^r P. LE GENDRE. *Revue prat. d'Obstétrique et de Radiatrie.*
(Résumée.)

Enfant de 7 ans, ayant éternué et toussé accusé douleur de tête très forte ; *toute la tête lui fait mal*, mais montre surtout l'espace intersourcilier ; en pressant les globes oculaires ou détermine de la douleur.

Photophobie, l'enfant répond aux questions les yeux fermés ;

quand on les lui fait ouvrir, on voit ses yeux brillants, conjonctives, bulbaire et palpébrale, légèrement injectées.

Face animée, rose, un peu bouffie ou turgescence ; lèvres rouges, un peu sèches, et langue blanche rouge sur les bords, etc.

Congestion uniforme de la peau.

Respiration forte, quelques sibilances ; la toux est fréquente, éclatante ; la voix un peu rauque ; ce qui amène quelques plaintes de l'enfant. Température 40°.

Insomnie et un peu de délire.

N. B. — Non seulement avec M. Le Gendre nous verrons là un enfant grippé, mais ayant présenté aussi avec des accidents généraux dus au poison grippal des accidents nerveux, pseudo-méningitiques.

De même l'observation suivante, plus caractéristique encore :

OBSERVATION XI

Dr P. LÉGENDE *loc. citato*. (Résumé).

Enfant de 4 ans, pris brusquement, venant de goûter, de *céphalalgie frontale*, pâlit et *vomit* ; puis reste abattu, criant pleurant, en portant ses mains à sa tête. A froid.

Aussitôt couché, nouveau vomissement qui se répète dans la soirée (bilieux ou muqueux).

L'enfant s'agite et se plaint de partout et principalement de la tête et du ventre. Visage animé, congestionné, mais ne tousse pas.

Fièvre 38°5 à 39°5 et 40° — Pouls très rapide.

Deux épitaxis insignifiantes dans la nuit.

Urines rares et rouges ; pas d'albumine. Au matin, langue

couverte d'un enduit épais, d'un blanc sale, un peu jaunâtre vers le centre, les bords sont rouges.

Région hépatique un peu sensible, foie légèrement augmenté de volume. — Rate, rien d'anormal.

L'enfant toujours *abattu, accablé refusant tout aliment, vomit* encore de temps en temps un peu de la boisson qu'il prend, a deux garde-robes liquides ou en purée précédées de coliques et d'une odeur assez fétide.

Après l'administration d'un purgatif, la langue se nettoie, le mal de tête disparaît, l'enfant reprend peu à peu son visage ordinaire, la fièvre cesse.

Le quatrième jour, il est sur pied.

OBSERVATION XII

Observation (TH. TRASTOUR.)

En 1871, une petite fille de 7 ans, sujette à la fièvre intermittente, dont le père avait succombé à un ramollissement cérébral, fut prise subitement, un jeudi, de fièvre avec délire et vomissements, puis de céphalalgie avec hallucinations, convulsions, renversement de la tête en arrière, strabisme, dilatation des pupilles, constipation.

4 vésicatoires aux nombres inférieurs, puis du calomel avaient été successivement employés les premiers jours. (Calomel 0 gr. 10, craie 0 gr. 50, opium brut 0 gr. 02, pour 10 paquet, 1 paquet d'heure en heure.)

Le dimanche, 4^e jour de la maladie, le pouls est plus calme, à 104, mais il est impossible d'avoir une réponse; les symptômes graves persistent.

On ajoute au traitement précédent un lavement avec 0 gr. 50 de sulfate de quinine, des frictions matin et soir sur la colonne vertébrale, avec l'onguent napolitain belladonné.

Le lendemain, lundi, un herpès considérable commence à se montrer aux lèvres; l'état est à peu près le même, plus de calme, pouls 92. Toujours même traitement, sauf quelques légères modifications, par exemple la magnésie substituée à la craie, vu la constipation.

Le mercredi, septième jour de la maladie, un mieux très sensible se montre, l'enfant tousse, éternue; dans une chambre voisine, son frère, un peu plus âgé, a la grippe. On commence à se rassurer complètement.

Le vendredi, la petite fille tousse davantage, elle a six selles vertes dans la journée; une nouvelle éruption herpétique se manifeste au pouce droit. La langue est tout à fait dépouillée; l'enfant parle bien, a sa connaissance parfaite, commence à manger s'assied dans son lit, la tête n'est plus raide ni renversée.

La convalescence ne se fait pas attendre.

Il est bien entendu que nous ne donnons les quatre observations suivantes que pour aider au diagnostic différentiel des méningites suivies de guérison, sans chercher, en aucune façon, à les comparer à nos observations sur la pseudo-méningite grippale.

OBSERVATION XIII

Dr WALLICH, cité par M. NETTER *loc. citato*.

Garçon de 5 ans est pris brusquement, du 25 au 26 février, de vomissements, agitation, délire, fièvre.

26 février. Il est vu pour la première fois, 39°1. Face pâle. Agitation. Pouls 156, petit, dépressible. Pupilles inégales. Rien aux poumons. Dans la journée, plusieurs vomissements, céphalée. Plusieurs moments d'absence. L'enfant a peine à se tenir

sur son séant et ne peut maintenir la tête droite. L'examen de la poitrine montre un peu de rudesse de la respiration à droite, 38°, 2.

Le 27. 39°, 2. 148 pulsations. L'enfant est inerte. Les membres, obéissant à la pesanteur, *gardent la position qu'on leur donne*.

Dans la journée, *quelques cris, grincements de dents*. Pas de selles, 39°.

Le 28. Ptosis à gauche. Réflexes exagérées.

1^{er} mars. Excitabilité des réflexes. Dans le lobe inférieur gauche : Respiration rude. Râles à grosses bulles. Matité. Souffle bronchique sous l'épine de l'omoplate, 39°, 3, 39°, 8.

2 mars. Pneumonie plus marquée. L'état général paraît meilleur.

Le 3. *Un peu de strabisme*.

Le 4. Résolution de la pneumonie, son tympanique. Il y a encore partout du souffle. Défervescence complète du 5 au 6. La résolution est complète le 7 mars. Râles de retour.

Le 8. Il y a encore une *légère inégalité pupillaire*, un peu de *ptosis*. Guérison complète le 11.

REMARQUE de M. Netter : Nous croyons devoir avec l'auteur considérer ce cas comme un exemple de guérison de méningite. Les phénomènes oculaires ne permettent pas d'accepter qu'il y ait eu la simple excitation cérébrale qui coïncide souvent avec la pneumonie.

Voici du reste un second exemple moins contestable encore de méningite guérie. Dans celui-ci la guérison s'est fait plus longtemps attendre, sans doute parce que les désordres étaient plus marqués.

OBSERVATION XIV

HEUSINGER, citée par M. NETTER. *loc. cit.*

Garçon de 3 ans est pris, en janvier 1885, d'une pneumonie du lobe inférieur gauche qui évolue régulièrement.

Le 6^e jour, on croit, le matin, pouvoir annoncer une guérison prochaine. Cependant, le soir du même jour, on trouve l'enfant couché, les yeux mi-clos, *la pupille droite plus dilatée*, sans aucune réaction, il y a du *strabisme convergent*. La tête est *projetée en arrière*, les muscles de la *nuque sont contracturés*. *Grincements des dents*. *Cris hydrencéphaliques*. *Mouvements convulsifs toniques des membres inférieurs alternant avec des convulsions toniques des muscles du tronc*. Le ventre est retractoré, dur. La perte de connaissance est complète. Miction et défécation involontaires, 40°, 5.

Le lendemain, septième jour, herpès labial. Otorrhée double. L'état général ne se modifie pas. Il y a eu dix accès convulsifs. Cris, 39°, 120 pulsations irrégulières. Respiration de Cheyne Stokes.

Les jours suivants, hypéresthésie telle qu'il suffit de toucher légèrement la peau pour amener des convulsions. L'occiput fait une saillie qui dénote une tension exagérée du liquide ventriculaire.

Phénomène curieux, auquel j'attribue la guérison ; il est possible de nourrir le malade.

Au cours de la troisième semaine, l'enfant devient plus tranquille : les convulsions moins intenses, plus rares, finissent par disparaître. La raideur de la nuque faiblit peu à peu. Les pupilles commencent à réagir. Il survient de temps en temps du sommeil.

A partir de la semaine qui suit, la connaissance revient. L'en-

fant reconnaît les siens. Le volume de la région occipitale s'a-
moindrit. A la fin de la cinquième semaine, l'enfant peut se lever
et est guéri.

OBSERVATION XV

OLLIVIER. *Congrès de Marseille pour l'avancement des sciences,*
19 septembre 1891.

Fillette de 6 ans, souffrante, me dit-on, depuis 8 jours. Anté-
cédents héréditaires suspects au point de vue de la tuberculose.
Elle se plaignait surtout de maux de tête et de constipation.

État actuel. — Elle est somnolente et répond d'un air maus-
sade aux questions qu'on lui adresse; très vite impatientée,
elle enfonce sa tête dans l'oreiller et nous tourne le dos.

Le lendemain, elle présente le décubitus en chien de fusil,
puis, les jours suivants, nous constatons de la *photophobie*, de
l'hyperesthésie cutanée, du grincement des dents, du mâchon-
nement des dents, le *ventre en bateau*. Le phénomène désigné
sous le nom de *raie méningitique* est très manifeste; le pouls
est *lent et irrégulier*; il survient de la mydriase, du nystagmus;
la petite malade pousse des gémissements et des *cris*, elle a des
mouvements convulsifs des membres, un *délire* surtout nocturne
et enfin dans le *coma*.

Pour que le tableau clinique fût complet, il ne manquait que
les paralysies. Ces diverses péripéties s'étaient produites en une
douzaine de jours; il y avait donc lieu de supposer que la termi-
naison était prochaine et que l'enfant ne sortirait pas du coma.
On fit des applications de glace sur la tête, des frictions mercurielles,
des injections d'ergotine; on mit des vésicatoires sur la
nuque et on donna des purgatifs répétés et de l'iodure de potas-
sium à doses élevées. L'état général s'améliora graduellement,

et, au bout de six semaines l'enfant put partir à la campagne.

J'avais toujours considéré ce cas comme un exemple indiscutable de méningite tuberculeuse guérie, lorsque cette jeune fille que je n'avais pas revue depuis 7 ans, me fut ramenée par sa mère au mois de juin dernier. A cette époque, je constatai ce qui suit : la menstruation n'est pas encore établie, le tempérament nerveux qui a toujours existé s'est manifesté de plus en plus avec l'âge : rires et pleurs faciles, terreurs nocturnes, névralgies intercostales, etc. Le réflexe pharyngien est aboli. Malgré les lacunes de cet ensemble symptomatique, je crois pouvoir affirmer que c'est une hystérique. Nous sommes donc nécessairement amenés à nous demander si la maladie de 1884 était bien une phlegmasie tuberculeuse vraie des enveloppes encéphaliques, et si ce n'était point plutôt une manifestation hystérique à forme méningitique.

OBSERVATION XVI

J. SIMON. Un cas de pseudo-méningite, paludéenne. *Sem. Méd.*
1^{er} juin 1887.

Je me rappelle avoir vu, il y a quelques années, dans un des quartiers avoisinant le canal Saint-Martin, un jeune enfant de deux ans et demi, dont le frère, quelque temps auparavant, était mort atteint de troubles cérébraux innommés, mais rappelant à bien des égards la méningite tuberculeuse. Le petit malade avait présenté des vomissements, de la céphalée, des convulsions les jours précédents et, lorsque je le vis, il était dans le coma presque complet ; jugeant la situation désespérée, je portai un pronostic des plus défavorables, et, sans grand espoir, je l'avoue, je lui fis prendre à plusieurs reprises, dans la journée, du sulfate de quinine jusqu'à 0,70 centigrammes, dans les vingt-quatre heures,

L'enfant était si abattu, si étourdi, le pouls se ralentissait à un degré tel, que nous lui administrâmes de fortes doses de café pour chercher à le sortir de la torpeur dans laquelle il était plongé ; le lendemain, cependant, l'intelligence semblait un peu plus dégagée et, de nouveau, il prit une dose de quinine de 0,50 centigrammes, mais je m'attendais à apprendre à chaque instant l'issue fatale qui suit de si près la rémission dans la méningite. Aussi, lorsque j'arrivai à l'heure de ma visite habituelle, le surlendemain, quel ne fut pas mon étonnement de voir le petit malade, condamné de la veille, souriant au milieu de ses jouets favoris !

Ce qui rend ce fait encore plus intéressant et plus démonstratif, c'est que, après deux ou trois mois, malgré le changement de quartier, mon petit malade fut pris de nouveau des mêmes accidents, convulsions, vomissements, et que, comme la première fois, le sulfate de quinine le guérit radicalement en fort peu de jours ; depuis il est devenu un grand garçon de parfaite santé.

Je suis convaincu qu'à Paris, surtout dans les quartiers où se pratiquent des déblaiements de terrain, où l'on élève beaucoup de constructions, il y a là des causes qui peuvent donner lieu à des attaques congestives cérébrales, relevant de l'impadulisme et tributaires du sulfate de quinine.

CONCLUSIONS

1° Comme nos observations semblent bien le démontrer, la grippe peut affecter spécialement les méninges.

2° La grippe revêt alors la forme, pseudo-méningitique.

3° L'étude attentive des symptômes, la marche de la maladie, et surtout la courbe thermique permettent le plus souvent d'établir le diagnostic.

4° Enfin la pseudo-méningite grippale peut guérir.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adenot (E).** — Méningites microbiennes, *Gazette des Hôpitaux*, 28 juin 1890.
- Alison.** — Mémoires sur les symptômes et les complications de la grippe, *Archives gén. de médecine*, Avril-mai 1890.
- Bardol.** — Syndrômes hystériques simulateurs de la méningite, *Revue des mal. de l'enfance*, juillet 1893.
- Bidon (H).** — Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-90 sur le système nerveux, *Revue de Médecine*, août 1890.
- Cadet de Gassicou. t.** — *Traité clinique des maladies de l'enfance. Leçons sur la méningite*, T. III.
- Comby (J).** — La grippe chez les enfants, observée à Paris en décembre 1889 et janvier 1890, *Société méd. des Hôpitaux*, Séance du 7 février 1890.
- De Brun (H).** — Les manifestations nerveuses de la grippe. *Médecine moderne*, 30 octobre-13 novembre 1890.
- Delezenne (C).** — Etude clinique de la grippe à forme typhoïde. *Revue de médecine*, 10 octobre 1892.
- D'Espine et Picot.** — *Manuel des maladies de l'enfance*.
- Faisans.** — La langue grippale, *Société méd. des hôpitaux*, 26 mai 1893.
- Fiessenger (Ch. d'Oyonnax).** — La méningite spinale dans la grippe, *Gaz. méd. de Paris*, 18 octobre 1890.
- Fiessenger (CH. d'Oyonnax).** — La grippe endémique, *Semaine médicale*, 11 février 1893.
- Gaucher (E).** — Sur la grippe, *Société méd. des hôpitaux*, 14 mars 1890.

- Gintrac** (H). — Article grippe, *Dictionnaire Jaccoud*, 1877.
- Huchard** (H). — La grippe, ses formes cliniques et ses rapports avec d'autres maladies, *Rev. gén. de clinique et de thérapeutique*, 26 décembre 1889 et 2 janvier 1890.
- Huchard** (H). — L'infection grippale, *Revue gén. de clinique et de thérapeutique*, 20 janvier 1892.
- Juhel-Rénoy**. — Sur la grippe, *Société méd. des hôpitaux*, 14 mars 1890.
- Laveran**. — Article] du *Dictionnaire Dechambre*, T. VI, 4^e série (p. 658).
- Laveran**. — La fièvre dans la grippe, *Médecine moderne*, 13 février 1890.
- Le Gendre** (Paul). — La grippe actuelle chez les enfants. *Revue prat. d'Obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, décembre 1889.
- Leyden**. — *Société de Médecine interne de Berlin*, 6 janvier 1890.
- Menu**. — Thèse Lyon, 1892.
- Netter**. — La méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie, *Archives génér. de médecine*, 1887.
- Ollivier**. — De la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants, *Gaz. méd de Paris*, 26 septembre 1891.
- Sevestre**. — De la pseudo-méningite grippale, *Société méd. des hôpitaux*, 28 mars 1890.
- Sevestre**. — Les bains froids dans la fièvre typhoïde chez les enfants. *Société méd. des hôpitaux*, 1892. p. 626.
- Sevestre**. — Un cas de méningite grippale. *Revue des mal. de l'enfance*. Juillet 1893.
- Simon** (J). — Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse. *Gaz. des hôpitaux*, 3 nov. 1887.
- Simon**. — Anomalies et diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse de l'enfance, *Semaine médicale*, 1^{er} juin 1887.
- Talamon**. (CH). — La grippe et les microbes, *Médecins modernes*, 6 février 1890.
- Teissier**. — *Lyon médical*, 1892.
- Trastour**. — *De la forme cérébrale de la grippe*. Thèse-Paris-juillet 1893.

Vaillard et Vincent. — Recherches bactériologiques sur la grippe,
Société méd. des hôpitaux, Février 1890.

Virey. — *Etudes sur quelques formes nerveuses de la grippe*,
Thèse-Paris-juillet 1893.

Widal. — *Traité de médecine Charcot-Bouchard*. (Grippe), T. I.

Wunderlich. — De la température dans les maladies.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

G. SÉE.

Vu et permis d'imprimer

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

